

PROTOCOLOS DEL PROGRAMA PRESIDENCIAL CIUDAD MUJER

La Dirección Nacional del programa Ciudad Mujer será el encargado de coordinar los Centros Ciudad Mujer que iniciarán prestando los servicios esenciales en seis (6) módulos que serán coordinados por la institución vinculante a las políticas y normativas referentes: ¹

1. Módulo de Autonomía Económica.
2. Módulo de Salud Sexual y Reproductiva.
3. Módulo de Atención a la Violencia Contra las Mujeres.
4. Módulo de Atención a la Mujer Adolescente.
5. Módulo de apoyo al cuidado infantil durante el tiempo de atención a las mujeres en el Centro.
6. Módulo de Educación Colectiva.

Cada módulo de atención tiene su propio protocolo/procedimientos se describen a continuación:


Rosa de Lourdes Paz Haslam

Delegada Presidencial

Directora Nacional Programa Ciudad Mujer



¹ Decreto Ejecutivo Numero PCM 031-2016 Art. 6

**PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE
AUTONOMÍA ECONÓMICA - MAE**

CIUDAD MUJER/ HONDURAS

Mayo 2016

Elaborado por Fundación PLENUS y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con la participación de:

Secretaría de Desarrollo Económico -SDE-MIPYME,
Secretaría de Trabajo y Seguridad Social -STSS,
Secretaría de Educación -SEDUC,
Secretaría de Agricultura y Ganadería -SAG,
Banco Hondureño para la Producción y la Vivienda -BANHPROVI,
Banco Nacional de Desarrollo Agrícola -BANADESA,
Instituto Nacional de Formación Profesional -INFOP,
Banca Solidaria, y/
Registro Nacional de las Personas -RNP.

En la coordinación del Equipo de País participaron la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social –SEDIS, el Instituto Nacional de la Mujer (INAM) y el Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras.



ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

PRESENTACIÓN

1. OBJETIVOS DEL MAE	1
1.1. OBJETIVO GENERAL	1
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	1
3. INSTITUCIÓN COORDINADORA, DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS	3
3.1. INSTITUCIÓN COORDINADORA.....	4
3.2. OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS	5
3.2.1. Perfil de las usuarias	6
3.2.2. Oferta de Servicios del MAE	7
3.2.3. Modelo de atención	12
4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MAE	13
4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS DEL MAE	13
4.1.1. Procedimiento para el ingreso al MAE.....	13
4.1.2. Procedimiento para brindar servicios de empleo.....	14
4.1.3. Procedimiento para brindar servicios de trabajo independiente	18
4.2. FLUJOGRAMA	27
5. COORDINACIÓN Y SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	28
5.1. COORDINACIÓN	28
5.1.1. Servicios de trabajo dependiente.....	28
5.1.2. Servicios de trabajo independiente	28
5.2. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA INTERNO	29
5.3. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNO	31
6. PERSONAL QUE INTEGRAS EL MAE.....	32
7. EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MAE	37
8. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	38
9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES	40
ANEXOS.....	42
GLOSARIO.....	59

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Consideraciones éticas

Cuadro 2. Características del perfil socio-educativo de las usuarias del MAE

Cuadro 3. Servicios de las instituciones del MAE

Cuadro 4. Procedimiento para brindar servicios de trabajo dependiente

Cuadro 5. Procedimiento para brindar servicios de trabajo independiente

Cuadro 6. Procedimiento para brindar otros servicios

Cuadro 7. Intersecciones del MAE con los otros módulos de CM

Cuadro 8. Referencia externa: servicios de instituciones claves

Cuadro 9. Personal que integra el MAE, perfiles y funciones

Cuadro 10. Listado de insumos mínimos requeridos

Cuadro 11. Monitoreo y evaluación

Cuadro 12. Riesgos y recomendaciones para el funcionamiento del MAE

ANEXOS

Anexo 1. Marco Conceptual

Anexo 2. Marco Normativo

Anexo 3. Programas de Gobierno

Anexo 4. Guión de entrevista de orientación laboral

Anexo 5. Ficha de tamizaje de violencia laboral en el MAE

Anexo 6. Ficha de referencia externa y contrareferencia

Anexo 7. Ficha de referencia interna-intermódulos

Anexo 8. Ficha de registro para control de referencias

Anexo 9. Listado de requerimiento de equipos del MAE

SIGLAS Y ACRONIMOS

BANADESA	Banco Nacional de Desarrollo Agrícola
CCM	Centro Ciudad Mujer
CM	Ciudad Mujer
CDE-MIPYME	Centros de Desarrollo Empresarial de la Micro y Pequeña Empresa
EAI	Equipo de Atención Integral
ECA	Escuelas de Capacitación Agropecuaria
EPHPM	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INFOP	Instituto Nacional de Formación Profesional
MAE	Módulo de Autonomía Económica
MAI	Modelo de Atención Integral
MVCM	Módulo de Violencia contra las Mujeres
MSSR	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva
PEA	Población Económicamente Activa
PET	Población en Edad de Trabajar
RNP	Registro Nacional de Personas
RRHH	Recursos Humanos
RSE	Responsabilidad Social Empresarial
SAG	Secretaría de Agricultura
SEDIS	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
SDE	Secretaría de Desarrollo Económico
SDE MIPYME-SSE	Subsecretaría de Desarrollo Económico para la Micro y Pequeña Empresa y Sector Social de la Economía
SEDUC	Secretaría de Educación
SENAEH	Servicio Nacional de Empleo de Honduras
STSS	Secretaría de Trabajo y Seguridad Social
UE	Unión Europea
VCM	Violencia contra la Mujer

PRESENTACIÓN

Las mujeres hondureñas representan el 51% de la población total; se considera que su participación económica ha venido en aumento, convirtiéndose en una importante fuerza de trabajo que ha incursionado en diversos niveles y rubros del sistema económico, pero también, se han acentuado las desigualdades de género en cuanto a la remuneración y las condiciones de trabajo.

El índice global de brechas de género¹, reporta que en Honduras se han disminuido las brechas de género, siendo éste índice en el año 2014 de 69.35%, situándose en el grado 73 del ranking de brechas de género, mientras que en el año 2013 ocupaba el grado 82.² A pesar de este avance, Honduras al igual que muchos países Latinoamericanos, enfrentan causas estructurales que generan discriminación y violencia contra las mujeres en diversos ámbitos, como el social, político, económico y laboral, entre otros.

A nivel nacional, el porcentaje de mujeres de más de 15 años sin ingresos propios es del 62,96% en 2014³ y la participación laboral de las mujeres de 15 años o más es del 45,8% frente al 83,0% de los hombres en el mismo rango de edad en 2014⁴. Solamente el 10% de las mujeres están afiliadas al Instituto Hondureño del Seguro Social⁵.

La población en edad de trabajar (PET) femenina (de 10 años o más) representa el 53.1 % de la PET total y está constituida por 3,4 millones de mujeres, mientras que la población económicamente activa (PEA) femenina representa el 38.4 % de la PEA total y la constituyen 1,4 millones de mujeres. Al revisar el porcentaje de ocupación de la PEA encontramos que, del total de población ocupada, solamente el 37.8% corresponde a mujeres. Del total de la PEA femenina ocupada, que asciende a 1,3 millones, el 44,04% de las mujeres es asalariada (21% en el sector público y el 79% en el sector privado), el 43,46% trabaja por cuenta propia y el 12,5% realiza trabajo familiar no remunerado. Las tres principales actividades a las que se dedican las mujeres, tanto en el trabajo asalariado o dependiente como en el trabajo por cuenta propia o independiente son: comercio y hostelería/restaurantes, industria manufacturera y servicios (comerciales, sociales y personales)⁶.

En Honduras el 34.55 % de los hogares tienen como jefe de hogar a una mujer.

¹ Este índice analiza la división de los recursos y las oportunidades entre hombres y mujeres en 142 países. Mide la desigualdad de género en la participación en la economía y el mundo laboral cualificado, en política, acceso a la educación y esperanza de vida.

² Holanda-Índice Global de Brechas de Género

³ INE, Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, EPHPM. Junio 2014

⁴ INE. Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples.

⁵ ENDESA 2011-12

⁶ INE. Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Junio 2014

El ingreso promedio es de 5,118 Lempiras para las mujeres y de 5,375 Lempiras para los hombres⁷.

En el ámbito educativo formal, las mujeres presentan mejores niveles de cobertura escolar (57%) que los hombres (55.3%)⁸, sin embargo son los hombres los que obtienen empleos con mejor remuneración. La relación entre el ingreso laboral de las mujeres y el de los hombres disminuyó, en perjuicio de las primeras, a medida que aumentaban los años de estudio, siendo un 15.0%, 15.2% y 17,5% menor entre la población con 6-9, 10-12 y 13 y más años de estudio, respectivamente. Esto sugiere que la inversión que las mujeres hacen en su educación tiene un menor retorno que para los hombres⁹

Estas desventajas mencionadas anteriormente en el ámbito económico, se convierten en limitantes para el desarrollo de las mujeres y del país en general, por lo que se hace necesaria la intervención del estado, con medidas y acciones que se enfoquen a solventar esta problemática, impulsando procesos de empoderamiento de las mujeres, de tal forma que estas tengan oportunidades que las conduzcan al logro de su autonomía económica.

En este contexto, el modelo Ciudad Mujer (CM) es una alternativa para apoyar el empoderamiento de las mujeres, pues la provisión de servicios que ofrece en forma integrada, les brindan la oportunidad de mejorar sus condiciones de vida, la de sus familias y contribuir al desarrollo económico y social del país.

El presente Protocolo normará el funcionamiento del Módulo y deberá ser revisado al menos cada dos años. La entidad Coordinadora del Módulo será la entidad responsable de su actualización por medio de un proceso de discusión y socialización con el resto de entidades participantes en el Módulo y la entidad gestora del Programa.

⁷ INE. Indicadores de Género. 2013.

⁸ Ídem

⁹ Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL. Honduras: una aproximación a la situación de las mujeres a través del análisis de los indicadores de género. Serie Mujer y Desarrollo. Enero de 2011. Isolda Espinoza G.

1. OBJETIVOS DEL MÓDULO DE AUTONOMÍA ECONÓMICA (MAE)

1.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer y promover la autonomía económica de las mujeres a través de su participación en el mercado laboral e iniciativas productivas.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Incrementar el porcentaje de mujeres que cuentan con ingresos laborales propios.

1.2.2. Mejorar el acceso al crédito y otros servicios financieros para las mujeres.

1.2.3. Aumentar la participación laboral femenina.

2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

La oferta de servicios y atención a las usuarias del MAE estará guiada por los siguientes principios:

Cuadro 1. Consideraciones Éticas

PRINCIPIO	ACCIONES
No discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar servicios sin discriminación por la condición social, económica, cultural, étnica, estado civil, edad, ocupación, estatus migratorio, creencias religiosas, capacidades especiales, estado de salud (vivir con VIH), orientación sexual, identidad de género, lugar de residencia, u otra condición. • Ofrecer a todas las usuarias la misma calidad de atención y deben ser tratadas con justicia, sin ser estigmatizadas o culpabilizadas por la violencia que enfrentan, incluyendo justificaciones asociadas a la edad (mujeres jóvenes), vínculo con personas en conflicto con la ley (miembros de pandillas), condición de migrante retornada, entre otros. • Eliminar las barreras de acceso geográfico, económico, cultural y social que restringen la utilización de los servicios por parte de poblaciones específicas.

<p>Confidencialidad y privacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejar la información sobre experiencias laborales previas de forma confidencial, incluyendo las instancias de referencia interna y externa. • Compartir información de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por CM, después de obtener el consentimiento de la usuaria. • Implementar mecanismos para resguardar la información disponible en físico y sistemas electrónicos. • Asegurar la confidencialidad de información referida a condiciones específicas como por ejemplo, el estatus serológico de VIH. • Proveer servicios en un espacio privado.
<p>Autodeterminación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar la capacidad de las mujeres para pensar, decidir y actuar por sí mismas. Respetando las decisiones que toman respecto a sus propias vidas. • Facilitar los medios necesarios para proteger, capacitar y formar habilidades en aquellas mujeres que presenten limitantes para tomar decisiones por sí mismas. • Tomar medidas para asegurar la participación de las usuarias en decisiones que tienen implicaciones para sus vidas y en los procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación del MAE.
<p>Seguridad y reducción de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover acciones que protejan el bienestar físico y emocional de las usuarias en el corto, mediano y largo. • Brindar seguridad física y emocional de las proveedoras de los servicios a través programas de autocuidado y reglas de seguridad de los recursos humanos. • Capacitar al personal en procedimientos para garantizar la seguridad de las usuarias. • Evaluar los riesgos y amenazas que enfrentan las víctimas en su familia y en la comunidad. • Evitar la perpetuación de normas de género locales que promueven las distintas formas de Violencia contra la Mujer (VCM) y/o la violencia hacia grupos específicos de población.
<p>Más alto estándar de vida y fortalecimiento de la resiliencia de las mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar servicios de la más alta calidad, disponibles, con adecuada capacidad resolutoria, accesible, aceptable y sensible a la diversidad cultural, así como aquellas con necesidades especiales (mujeres con capacidades especiales). • Brindar servicios para identificar y construir planes de vida y seguridad con base en las fortalezas de las

	<p>mujeres, promover los factores que favorecen la prevención de la VCM, así como la recuperación y el ejercicio de los derechos en todos los espacios en los que se desenvuelven sus vidas.</p>
<p>Justicia con enfoque de derechos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer mecanismos para acceder a la justicia distributiva en aquellos casos donde las mujeres como población vulnerable y en desventaja social, deben recibir una atención especial. • Proporcionar a las mujeres un trato justo, en donde se les brinde el acceso a los beneficios económicos y sociales, y se les respalde en los procesos de distribución equitativa de los recursos (tierra, crédito, etc.). • Reconocer a las mujeres como sujeto pleno de derechos y al Estado como garante de los mismos. Reconocer la realización de esos derechos en una forma integral, superando el enfoque asistencialista.
<p>Atención especializada con recursos humanos con competencias claves.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a todas las proveedoras de servicios para proveer servicios de atención integral e integrada de los servicios del MAE y los demás módulos del CM. • La capacitación debe ser sistemática, como parte de procesos de mejora continua de la atención.

Fuente: Stanford, 2007, Gilligan, 1982; Slote, 2007, Gostin y Powers, 2006 y los derechos humanos. Klugman, 2010.

3. INSTITUCIÓN COORDINADORA, DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

El MAE forma parte del conjunto de servicios ofrecidos en el modelo CM y a su vez integra a diversas instituciones responsables de brindar a las mujeres los servicios para su empoderamiento económico, facilitándoles el acceso a la formación en educación básica obligatoria certificada, al empleo dependiente por medio de la intermediación laboral y/o al empleo independiente fortaleciendo sus capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales, empresariales, financieras y socioemocionales, así como el acceso al financiamiento de acuerdo a sus necesidades.

El empoderamiento económico de las mujeres es clave para que se reduzca la pobreza, la discriminación y violencia en la que se encuentran inmersas muchas de ellas, pues cuando éstas logran mayores niveles de empoderamiento económico los beneficios se ven en sus familias, en las comunidades y en el país en general.

3.1. INSTITUCIÓN COORDINADORA Y EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL

Para que haya una efectiva articulación entre las instituciones que conforman el MAE, es necesario que una de las instituciones que lo integran se encargue de liderar los procesos de trabajo para fortalecer y consolidar el modelo integrado de servicios.

Coordinación y Equipo de Atención Integral

Este módulo será coordinado por la Secretaría de Desarrollo Económico y más concretamente, de la Subsecretaría de la Micro, pequeña y mediana empresa (SDE MIPYME), por ser la entidad que coordina el Gabinete Sectorial de Inversión y Empleo.

La Subsecretaría SDE MIPYME será responsable de la organización y funcionamiento del MAE. Además, estará encargado del manejo de los casos (case management, en inglés), así como de las acciones referidas a la integración del MAE con los otros módulos de CM, asegurando coherencia en contenidos, enfoques y uso de estándares comunes que guiarán el quehacer institucional.

El MAE funcionará como un Equipo de Atención Integral (EAI) para la promoción del empoderamiento económico, compuesto por mujeres profesionales de distintas disciplinas: economía, administración de empresas, mercadeo, derecho, trabajo social, psicología, etc.; contando con una Coordinadora del módulo y Encargada de casos (case manager) que dará seguimiento a las usuarias y al proceso de referencia interna y externa para asegurar una atención continua.

La colaboración interinstitucional y multidisciplinaria del EAI incluye, además de ofrecer servicios bajo un mismo techo, acciones conjuntas de análisis, intercambio de información, desarrollo de recursos y capacidades, tal como se detalla a continuación:

- Análisis de la oferta y demanda productiva y laboral enfocadas en las mujeres en los territorios de CM para poder ajustar la oferta del MAE a ese entorno.
- Elaboración de estrategia conjunta de alianzas con sector privado y otros actores que operan al nivel territorial para posibilitar acceso a pasantías, mentorías y servicios financieros para las usuarias del MAE.
- Acompañamiento para garantizar la continuidad de las mujeres dentro del sistema.
- Desarrollo de una oferta especializada de servicios de capacitación socioemocional para adquirir habilidades para la vida, metodológicamente viables y fácilmente transferibles, centrados en la mejora de la empleabilidad de las mujeres.
- Generar Comunidad/Sororidad: Arraigadas en el saber solidario por medio de la creación de espacios compartidos entre mujeres que buscan vivir en igualdad de oportunidades.
- Adherencia a estándares comunes de atención.
- Intercambio de información sobre agendamiento, seguimiento a referencias,

datos seleccionados de la usuaria y servicios ofrecidos, con estricto apego a normas de confidencialidad.

- Análisis conjunto de casos especiales y planificación coordinada para su abordaje.
- Capacitación continua especializada, intercambio de experiencias así como buenas prácticas y nuevas evidencias sobre atención integral para la empleabilidad.
- Planificación estratégica anual, reuniones regulares (mensual, quincenal) del MAE, así como con las instancias que forman parte del sistema de referencia interna y externa. Esto incluye actividades de monitoreo y evaluación de procesos y resultados del MAE.

3.2. OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

El MAE estará integrado por ocho instituciones:

1. SDE, Secretaría de Desarrollo Económico (SDE) por medio de la instalación de un Centro de Desarrollo Empresarial para la atención a la micro, pequeña y mediana empresa (CDE-MIPYME),
2. STSS, Secretaría de Trabajo y Seguridad Social,
3. Instituto Nacional de Formación Profesional (INFOP),
4. Secretaría de Desarrollo e Inclusión social (SEDIS) por medio de la BANCA SOLIDARIA,
5. Secretaría de Educación (SEDUC),
6. Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA),
7. Secretaría de Agricultura y Ganadería (SAG), y
8. Registro Nacional de Personas (RNP).

Las primeras siete tendrán presencia permanente dentro del MAE. El Registro Nacional de Personas (RNP) tendrá presencia a tiempo parcial y no permanente porque la demanda de los servicios no lo requiere.

Se sugiere incorporar a la SAG en aquellos Centros Ciudad Mujer (CCM) ubicados en territorios donde las actividades agrícolas constituyan un sector relevante de la economía.

La SEDUC trabajará con la coordinación del MAE y otras áreas de CM para organizar la oferta de cursos de nivelación académica, tomando en cuenta las necesidades de las mujeres, que van desde cursos de alfabetización hasta nivelación en Bachillerato, desarrollados en horarios especiales y fines de semana que tomen en cuenta la disponibilidad de tiempo y horarios acordes a las mujeres.

El RNP además de apoyar los trámites de gestión de identidad personal, brindará información sobre la aplicación efectiva de leyes y procesos legales que están

desarrollando para proteger a la mujer en casos como el nacimiento de hijos e hijas fuera del país, inscripción en el registro de hijos e hijas que no son reconocidas por los padres, etc.; algunos de estos trámites legales podrán ser ejecutados en las instalaciones del RNP fuera de las instalaciones de CM.

Se propone que el MAE cuente con una oficina de propósitos múltiples con servicios itinerantes en donde las instituciones tendrán presencia a tiempo parcial, bajo una programación previamente establecida, utilizando una señalética que cambie de acuerdo a la institución que utilice la oficina. Las instituciones que tendrían este rol itinerante serían el RNP y otras que puedan prestar servicios complementarios para las usuarias del MAE.

3.2.1. Perfil de las usuarias

En base a la experiencia salvadoreña se ha comprobado que las mujeres que generalmente asisten a los CCM en la búsqueda de los servicios del MAE, son aquellas que tienen un limitado acceso al empleo formal, a la seguridad social, al crédito, etc. Responden a un perfil con escasa o nula formación (educativa/académica y/o técnica), con recursos económicos y sociales limitados y sin haber alcanzado el último ciclo de educación básica.

La mayoría de estas mujeres suele asumir responsabilidades familiares en solitario, lo que reduce el tiempo disponible para el empleo, su experiencia laboral es precaria y sus hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales son deficitarios. En los grupos atendidos, la motivación hacia el empleo es desigual encontrándose casos de mujeres con alto interés de trabajar y otras con baja o nula motivación.

En la mayoría de los casos la necesidad de ingresos económicos en el corto plazo es inaplazable lo cual dificulta la inversión de tiempo que las usuarias pueden dedicar a mejorar su empleabilidad. A esta situación se suman los casos de mujeres víctimas de violencia de género cuyo perfil socio-laboral, más allá de los servicios orientados hacia el empleo o el emprendedurismo, requiere de un proceso de atención de mayor duración.

También asisten, en menor proporción, mujeres interesadas en fortalecer sus capacidades y conocimientos para el empleo o autoempleo. Acuden a CM motivadas por el concepto innovador del modelo que brinda atención exclusivamente a mujeres, sin discriminarlas por su condición económica o social. Este tipo de casos permiten trabajar de manera más directa en la inserción laboral o el emprendedurismo¹⁰.

En base a las similitudes entre El Salvador y Honduras y de acuerdo a la descripción anterior y con el propósito de orientar de mejor forma la prestación de

¹⁰ María Ángeles Sallé - Plan de Acción. Diseño de un Modelo de Atención para la Autonomía Económica de las Mujeres del proyecto Ciudad Mujer, El Salvador. Documento de la Estrategia del Módulo de Autonomía Económica (MAE).

los servicios del MAE, se propone una diferenciación del perfil de las usuarias que demandan los servicios del MAE.

De acuerdo a este perfil socioeducativo, es también importante la focalización de servicios que ofrece el MAE, para alcanzar más equilibrio entre los recursos invertidos e impactos esperados.

Cuadro 2. Características del perfil socio-educativo de las usuarias del MAE

USUARIAS CON PERFIL “A” (menor empleabilidad/base de la pirámide)	USUARIAS CON PERFIL “B” (mayor empleabilidad)
Mujeres de escasos recursos	Con recursos económicos y sociales mínimos para afrontar la búsqueda activa de empleo
Bajos niveles educativos (algunas analfabetas)	Con educación básica, bachillerato, algunas incluso con estudios a nivel universitario.
Con limitado acceso al mercado de trabajo formal	Con mejor posicionamiento hacia el empleo (con capacitación a nivel profesional)
Poco acceso a la protección social	Mayor preparación para la búsqueda de empleo con acceso a la protección social
Limitado acceso al crédito debido a la falta de garantías	Con recursos mínimos (garantías) para el acceso al crédito.
Con dependencia económica de terceros y poca o ninguna experiencia profesional previa	Mayor independencia económica y mayor experiencia profesional previa.
Responsable del cuidado de las hijas e hijos y las tareas del hogar	Comparte de cuidado de las hijas e hijos con su pareja u otros familiares.
Baja autoestima y limitadas habilidades socioemocionales que dificultan su empoderamiento económico	Mejores niveles de autoestima y capacidades sociales, lo cual les posibilita mayor acceso al empoderamiento económico.

3.2.2. Oferta de Servicios del MAE

Para dar a conocer la oferta de servicios del MAE, además de brindar información directamente a las usuarias en las instalaciones del módulo, se realizarán actividades de promoción y comunicación comunitaria a nivel territorial o comunitario por parte de la Unidad Territorial de cada CCM. Además, CM utilizará una página web que brinde información detallada del Programa a nivel nacional sobre cada uno de los servicios disponibles en los CCM y los diferentes módulos.

Es importante tomar en cuenta que la implementación de metodologías modulares con horarios especiales en algunos procesos de formación y capacitación vocacional y académica, facilitarían la asistencia de las usuarias, quienes por lo general, disponen de tiempos marginales para estos procesos.

La línea de trabajo dependiente, por cuenta ajena, será la que previsiblemente recorrerá la mayoría de usuarias del MAE, ya que su perfil, con una empleabilidad muy baja, va a requerir de un acompañamiento de largo plazo, considerando su necesidad apremiante de ingresos en el corto plazo y otros condicionantes que limitan su empoderamiento (poca disponibilidad de tiempo, limitadas habilidades socioemocionales, sumada a la situación de violencia que experimentan muchas de ellas, etc.)

A continuación se presenta la oferta de servicios de las instituciones integrantes del MAE en base a los perfiles descritos:

Cuadro 3. Oferta de servicios de las instituciones del MAE

INSTITUCIÓN	SERVICIOS COMUNES PERFIL “A y B”	SERVICIOS DIFERENCIADOS PERFIL “B”
STSS	<p>Orientación Laboral: Por medio del Servicio Nacional de Empleo de Honduras (SENAEH) vinculando a la usuaria con la demanda laboral a nivel nacional.</p> <p>Pruebas psicométricas: para determinar aptitudes y rasgos psicológicos que ayudan a definir la idoneidad del perfil de la usuaria para los puestos de trabajo existentes o futuros.</p> <p>Apoyo económico para la formación vocacional y empresarial: en coordinación con el INFOP y CDE-MIPYME.</p> <p>Intermediación laboral: para facilitar vinculación entre mujeres que buscan trabajo dependiente y oportunidades de empleo existentes en el mercado laboral.</p> <p>Asistencia Legal: para la atención de demandas legales como pagos</p>	<p>Becas para Capacitación Especializada: en alianza con universidades para el desarrollo de capacidades para el empleo.</p>

INSTITUCIÓN	SERVICIOS COMUNES PERFIL “A y B”	SERVICIOS DIFERENCIADOS PERFIL “B”
	<p>inadecuados o falta de estos, denuncias por faltas del patrono hacia la usuaria (referencia a las oficinas centrales de la STSS).</p>	
<p>SDE/CDE-MYPIME¹¹ - CDE-MIPYME.</p>	<p>Asistencia Técnica para la MIPYME-SSE: asesorará en la elaboración de Diagnósticos, Planes de Negocio y Planes de Mejoramiento empresarial.</p> <p>Inteligencia de Mercados: Investigaciones de Mercado para fortalecer los Planes de Negocio, y desarrollo de otros productos para fortalecer las empresas ya existentes o para nuevos emprendimientos¹².</p> <p>Apoyo a encadenamientos productivos para la generación de valor agregado.</p>	<p>Estadísticas de MIPYME: Estadísticas de empleo, impuestos; impactos en la economía de la MIPYME en la región; estudios de sectores productivos potenciales en la región; Censo de la MIPYME en la región.</p> <p>Mentoría entre pares: por medio de alianzas estratégicas con empresas y empresarias destacadas, para que asesoren a otras empresarias, brindándole acompañamiento personalizado, asistencia técnica para la administración del negocio, desarrollo de imagen y calidad del producto, acceso y vinculación a mercados locales, nacionales e internacionales, encadenamiento productivo, etc.</p>
<p>INFOP</p>	<p>Talleres Vocacionales: En diferentes especialidades, son ejecutados en las comunidades por instituciones operadoras.</p> <p>Cursos para el apoyo a la empleabilidad y el emprendimiento:</p>	<p>Cursos Vocaciones (Secretariales): para el desarrollo de competencias básicas para la búsqueda de empleo. Los cursos se pueden desarrollar con formación a distancia.</p>

¹¹ La SDE-MIPYME instalará en el MAE un Centro de Desarrollo Empresarial (CDE) que brindará servicios especializados en la búsqueda de generación de empleo y crecimiento económico a nivel nacional y regional

¹² Emprendimiento: empresa en la etapa inicial o nivel de idea de negocio, que proyecta iniciar una actividad económica con una inversión personal o por medio de financiamiento crediticio.

INSTITUCIÓN	SERVICIOS COMUNES PERFIL “A y B”	SERVICIOS DIFERENCIADOS PERFIL “B”
	<p>capacitación para el fortalecimiento de competencias básicas, en temas para el desarrollo de habilidades para la vida como desarrollo humano, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, etc. También se imparten cursos de Educación Financiera para apoyar la inversión de las usuarias en los negocios.</p>	
<p>BANCA SOLIDARIA</p>	<p>Servicios crediticios: A empresarias establecidas y a emprendedoras.</p> <p>Planes de Negocio: Elaboración de Planes de Negocio para respaldar la inversión financiera del negocio de las usuarias que requieren hasta el monto máximo de crédito que otorga Banca Solidaria. Las usuarias que requieran apoyo crediticio superior al que otorga esta institución, será atendida por el CDE-MIPYME.</p> <p>Asistencia Técnica Empresarial: directamente a las usuarias o en alianza con los CDE-MIPYME.</p>	<p>Las usuarias de este perfil serán referidas a otras instituciones bancarias como BANADESA y otras instituciones crediticias que manejan montos de créditos más altos, con las que se establezcan alianzas estratégicas.</p>
<p>SEDUC</p>	<p>Alfabetización: Alfabetización para que las mujeres aprendan a leer y escribir.</p> <p>Nivelación Académica en Educación a Básica: en los niveles de primero a tercer grado, cuarto a sexto grado y séptimo a noveno grado.</p> <p>Educación Media: Décimo al doceavo grado. (Obtienen el título de educación media o bachillerato técnico profesional en diferentes especialidades).</p> <p>En todas las modalidades de nivelación académica se aplicarán metodologías flexibles en relación al</p>	

INSTITUCIÓN	SERVICIOS COMUNES PERFIL “A y B”	SERVICIOS DIFERENCIADOS PERFIL “B”
	<p>tiempo de duración del proceso, en días y horarios convenientes para las mujeres (fines de semana de preferencia).</p> <p>Los cursos se podrán desarrollar también con la metodología a distancia semi-presencial.</p> <p>Se sugiere la implementación de la modalidad de bachillerato por madurez el cual dura un año (actualmente solo lo imparten centros educativos privados).</p> <p>La ventaja es que las usuarias se graduarían en corto tiempo.</p> <p>El título obtenido podrá contar con una especialidad, si la usuaria pasa por un proceso de formación vocacional con INFOP (Alianza entre SEDUC e INFOP)</p>	
SAG.	<p>Brindar asistencia a grupos de mujeres organizadas y no organizadas para fortalecer la participación en el sistema agroalimentario.</p> <p>Desarrollo de talleres sobre Género, Inclusión Social, Liderazgo, Administración Básica, Inteligencia Empresarial, Cajas Rurales.</p> <p>Desarrollo de Escuelas de Capacitación Agropecuaria (ECA)</p> <p>Asistencia técnica para la implementación de Huertos Familiares</p>	
BANADESA	<p>Créditos para la producción agrícola, caficultura, ganadería, otras actividades agropecuarias, otras actividades comerciales (con productos agrícolas),</p> <p>Créditos para la MIPYME, para capital de trabajo, inmuebles productivos y</p>	

INSTITUCIÓN	SERVICIOS COMUNES PERFIL “A y B”	SERVICIOS DIFERENCIADOS PERFIL “B”
	activo fijo (empresas con permisos de operación para la actividad comercial que realiza) Otros servicios bancarios como apertura de cuentas de ahorro, cuentas de cheque, depósitos a plazo, pago y envío de remesas, venta de recargas, pagos de servicios públicos, matrícula de vehículos, recaudación de impuestos,	
RNP	<p>Gestión de tarjetas de identidad: otorgamiento de las tarjetas de identidad personal. La gestión la realiza en su totalidad el RNP.</p> <p>Información sobre las leyes que está ejecutando el RNP: Ley de paternidad y maternidad responsable.</p> <p>Información y atención sobre servicios para la inscripción de niñas y niños que nacen fuera del país.</p>	

3.2.3. Modelo de atención

El MAE se propone empoderar económicamente a las mujeres. Para ello las instituciones que lo integran brindarán servicios de acuerdo a su naturaleza y especialización en distintos ámbitos, como se detalla a continuación:

Trabajo Dependiente: Orientación e intermediación y capacitación laboral, así como formación vocacional.

Trabajo Independiente: Formación vocacional y empresarial y acceso al crédito u otros servicios financieros para el fortalecimiento de microempresas existentes y para el desarrollo de nuevos emprendimientos.

Otros servicios: incluyen servicios de gestión de la tarjeta de identidad, asesoría legal en derechos laborales, educación formal, servicios financieros no crediticios, etc.

Los servicios educativos son clave porque uno de los problemas más importantes para que las mujeres logren un empleo por cuenta ajena es el de no tener la educación formal mínima para postular a un puesto de trabajo decente.

Estos servicios se complementan con los servicios que prestan los otros módulos que integran Ciudad Mujer, de acuerdo a la necesidad de cada usuaria.

El modelo de atención del MAE implica considerar cinco elementos que deben ser transversales en el proceso de atención:

1. Compromiso de las Instituciones que integran el MAE, reflejado en sus presupuestos, políticas y programas institucionales - dirigidos a mejorar la situación socio económica de las mujeres participantes.
2. Articulación con las demás instituciones que forman parte del módulo, a fin de generar una oferta coordinada de servicios adaptados en contenidos, formatos y funcionamiento, a las necesidades y a los tiempos de vida de las mujeres beneficiarias.
3. Vinculación sistémica y permanente del MAE con todos los módulos de Ciudad Mujer. Asimismo, esta coordinación permite garantizar en todo momento, a través de la intervención de las profesionales del MAE y de Ciudad Mujer en general, la protección del bienestar físico y emocional de las mujeres.
4. Coordinación territorial e interinstitucional fuera de Ciudad Mujer, a fin de contar con socios y aliados externos que permiten alcanzar los objetivos y resultados esperados, considerando una activa vinculación con el Sector Privado.
5. **Deber de detectar y proteger a todas las usuarias de cualquier forma de violencia (física, sexual, económica, laboral u otra) en todos los servicios derivándolas en esos casos al Módulo de atención a la Violencia contra las mujeres (MVCM), a otro servicio perteneciente del MAE o, cuando corresponda, un servicio externo a Ciudad Mujer.**

4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MAE

4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS DEL MAE

4.1.1. Procedimiento para el ingreso al MAE

La usuaria ingresa a las instalaciones de CM y se registra en la recepción, en donde da sus datos personales; luego es remitida a una orientadora, quien se entrevista con la usuaria, registra su situación personal, sus necesidades y expectativas en relación al centro de servicios, identificando necesidades de servicios del MAE:

-Si la usuaria requiere servicios para conseguir o mejorar su empleo o para crear o mejorar su negocio existente, la orientadora incluye como punto de entrada al MAE el servicio de orientación laboral.

-Si necesita otros servicios del MAE (gestión de la tarjeta de identidad personal, asesoría legal en derechos laborales, educación formal, servicios financieros no crediticios, etc.) remite directamente al servicio respectivo.

Elabora conjuntamente con la usuaria la hoja de ruta y se la entrega, explicándole detalladamente su contenido y los pasos correspondientes. Si el punto de entrada al MAE es la orientadora laboral o la encargada de casos, la hoja de ruta podrá ser

ajustada por estas funcionarias para incluir otros servicios del MAE pertinentes a los objetivos laborales de la usuaria.

CM contará con un sistema de información integrado con un código único de identificación de la usuaria, en donde se incluirán los datos generales, factores de riesgo y seguimiento a las referencias internas y externas. De esta manera se podrá determinar el tipo de atención que necesita y requiere a cada usuaria, lo que ayudará a entender el avance de cada usuaria en su proceso de empoderamiento.

Cada institución que integra el MAE tendrá asignado un código de usuaria para el acceso al sistema de información para poder alimentarlo. La Coordinadora del Módulo será la única persona autorizada en el MAE que podrá modificar la información de la ficha de la usuaria.

A cada usuaria le corresponderá un camino único que dependerá de sus necesidades, pero sobre todo de su disponibilidad y compromiso con su propio proceso. El procedimiento de ingreso al MAE es el momento de tamizaje y derivación inicial. Se podría llamar de puesta a punto. Sin embargo, los servicios comunes pueden entrar en juego en cualquier momento del itinerario u hoja de ruta de las mujeres. Por ello en cada paso, se encontrarán momentos llamados de entrevistas, que no son más que hitos de control en relación a nuevas necesidades que van surgiendo a lo largo del proceso. Cada capacitación, cada intervención que se haga, proporciona a las usuarias nuevos recursos para observar su propia vida y por ello conviene chequear, a lo largo de su camino, en qué punto se encuentran.

4.1.2. Procedimiento para brindar servicios de trabajo dependiente

Cuando la usuaria ingresa al MAE solicitando servicios para la búsqueda de un empleo partiendo de una situación de desempleo o mejora o cambio de un empleo, buscando progresar en el puesto de trabajo o cambiar a otro empleo se siguen los siguientes pasos:

La orientadora laboral la recibe y le hace una entrevista a profundidad para determinar su perfil socio laboral, conocer su hoja de vida y desvelar su curriculum oculto¹³ (ver Anexo 4. Guión de entrevista de la orientación laboral). Determina si los servicios requeridos son para trabajo dependiente o independiente. Si los servicios son para trabajo dependiente, informa a la usuaria sobre las características del mercado laboral de su territorio, ayuda a la usuaria a conocerse mejor y a situarse en una posición respecto al mercado de trabajo, favoreciendo la definición de sus objetivos profesionales y personales; también le motiva a mejorar su curriculum a través de la educación formal para adquirir nuevas competencias profesionales. Desarrolla con ella un Plan de Empleo y ajusta su itinerario u hoja

¹³ Es necesario conocer las principales funciones que han desempeñado y valorar los conocimientos y las habilidades no formales adquiridas a lo largo de la vida (curriculum oculto).

de ruta de acuerdo a dicho Plan y a la disponibilidad y compromiso de la usuaria. Deriva a la usuaria a los servicios acordados.

A continuación se detalla el procedimiento genérico a seguir en la ruta de atención pero no hay que olvidar que para cada usuaria que se presente al MAE habrá que adecuar un itinerario personalizado, que refuerce en primer lugar la empleabilidad y su autonomía, buscando que alcance la educación básica si no la tiene, protegerla de cualquier forma de violencia, motivarle la centralidad del empleo, asentar sus habilidades personales y sociales, reforzar la conciencia sobre su valía, definir el proyecto y los objetivos de su vida con un mayor grado de conocimiento (interno y externo), dotarle de información y herramientas para que genere un mayor acercamiento al medio empresarial y laboral, logre un manejo apropiado de las técnicas de búsqueda de empleo y explore otras fuentes de autonomía económica relacionadas con una gestión más eficiente de sus recursos, sus finanzas básicas o el acceso a bienes como la vivienda, que tienen un alto impacto en su calidad de vida y en su empoderamiento.

Cuadro 4. Procedimiento para brindar servicios de trabajo dependiente

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Orientadora CM	Entrevista a la usuaria para indagar el servicio que requiere del MAE. La usuaria requiere servicios para conseguir o mejorar su empleo o para crear o mejorar su negocio existente. La orientadora incluye como punto de entrada al MAE el servicio de orientación laboral	Registro en el Software del Sistema. Hoja de remisión
2	Orientadora laboral STSS	La recibe la orientadora laboral y le hace una entrevista a profundidad para determinar su perfil socio laboral, conocer su hoja de vida y desvelar su curriculum oculto ¹⁴ (ver Anexo 4. Guión de entrevista de la orientación laboral). Determina si los servicios requeridos son para búsqueda de trabajo dependiente o independiente. Si los servicios son para trabajo dependiente, informa a la usuaria sobre las características del mercado laboral de su territorio, ayuda a la usuaria a conocerse mejor y a situarse en una posición respecto al mercado de trabajo, favoreciendo la definición de sus objetivos profesionales y personales; también le motiva a mejorar su curriculum a través de la educación formal para adquirir	Documento de entrevista Hoja de remisión

¹⁴ Es necesario conocer las principales funciones que han desempeñado y valorar los conocimientos y las habilidades no formales adquiridas a lo largo de la vida (curriculum oculto).

		nuevas competencias profesionales. Desarrolla con ella un Plan de Empleo y ajusta su itinerario u hoja de ruta de acuerdo a dicho Plan y a la disponibilidad y compromiso de la usuaria. Deriva a la usuaria a los servicios acordados con ella dentro del STSS.	
No cuenta con empleo: Mejora de empleabilidad e intermediación laboral			
3	STSS	Ingresa a la usuaria a la bolsa de empleo del SENAEH, registra los datos de la usuaria a la base de datos, realiza prueba psicométrica adaptada al perfil de las usuarias y de acuerdo a los resultados evalúa si está preparada para acceder a un empleo formal. Al mismo tiempo revisa la demanda laboral de las empresas para determinar si puede enviarse a entrevista. Si es necesario se le enseña a elaborar su currículum vitae y se le instruye para la realización de la entrevista de trabajo. La prueba psicométrica ayuda a definir el perfil y determina si requiere capacitación técnica vocacional o de habilidades para la vida la vida. La funcionaria de la STSS determina si la usuaria puede ser incorporada en el proyecto Chambita (Ver anexo 3), pues así se facilita la participación en un proceso de formación vocacional o empresarial.	Registro en la base de datos de personas en gestión de empleo de la STSS.
4	STSS	Si requiere capacitación de habilidades para la vida (básico), educación financiera o capacitación vocacional remite a la usuaria al INFOP. Este toma en cuenta los resultados de la prueba psicométrica para que la capacitación a recibir sea adecuada a sus aptitudes vocacionales y/o profesionales.	Hoja de remisión y registro en el software de CM
5	INFOP	Entrevista a la usuaria y determina si puede integrarla en un curso de capacitación de acuerdo a la necesidad que ella presenta y a la oferta institucional disponible.	Entrevista. Lista de capacitación es disponibles.
6	INFOP	Incorpora a la usuaria a alguno de los cursos programados, y una vez finalizado el proceso, la remite a la STSS.	Diplomas/Certificaciones de cursos
7	STSS	Mientras la usuaria se capacita, se valora la conveniencia de iniciar un proceso de búsqueda de empleo mediante la oferta de recurso humano capacitado a las empresas.	Expediente

		Agrega al Currículum Vitae de la usuaria las certificaciones obtenidas de los cursos recibidos.	
8	STSS	Prepara a las usuarias para entrevistas laborales en empresas.	Listado de personas asesoradas. Currículum y expediente
9	STSS	Realiza la intermediación laboral, considerando las oportunidades de trabajo disponibles. Si no hay opciones, la ingresa a la base de datos para ser considerada en el futuro.	Registro en la base de datos
10	STSS	Si la usuaria aplica a una oportunidad de empleo, la asesora en el proceso de selección.	Listados de personas asesoradas. Currículum y expediente
11	STSS	Da seguimiento a la gestión del empleo y si no es ubicada, retorna a intermediación laboral y queda en espera para una futura oferta.	Expediente y registro en el software de CM.
12	STSS	Si es ubicada, el seguimiento se extiende hasta verificar si la usuaria supera el periodo de prueba y logra un empleo permanente. También se busca garantizar el cumplimiento de las leyes laborales.	Registro de gestiones, correos electrónicos, notas.
13	STSS	La usuaria requiere complementar sus capacidades académicas, es remitida a la SEDUC para que se le incorpore en cursos de nivelación académica.	Ficha de remisión
14	SEDUC	Evalúa el nivel académico de la usuaria y le incorpora en un curso de nivelación académica.	Registro de Matrícula Certificado
La usuaria posee empleo y requiere asesoría legal u otros servicios			
15	STSS	Identifica si requiere asesoría legal por despido, incumplimiento de las disposiciones legales de trabajo y las normas básicas de seguridad y salud ocupacional como: Adeudo de salarios, incumplimiento de pago de vacaciones completas, aguinaldos completos, horas extraordinarias, malos tratos, discriminación laboral, acoso laboral o sexual en el lugar de trabajo o por problemas de identidad.	Entrevista

		También podría llegar por otros servicios que la STSS brinda.	
Asesoría Legal laboral			
16	STSS	Captura denuncia de la usuaria	Documento de denuncia legalizado
17	STSS	Investiga sobre la situación que presenta y evalúa el tipo de asesoría que requiere la usuaria; si es un delito se remite a la usuaria al MVCM dentro de CM específicamente la Fiscalía Especial de la Mujer, si es una demanda por salario o prestaciones sociales no pagado u otro tipo de violación patronal, se remite a las oficinas centrales de la STSS.	Registro en el software de CM y hoja de remisión
18	STSS	Da seguimiento al caso remitido a las oficinas centrales de la STSS para verificar los resultados del procedimiento realizado.	Expediente en ofician central de la STSS Correos
La usuaria requiere asesoría de identidad			
19	STSS	Remite a la usuaria al RNP	Registro en el software de CM Hoja de remisión
20	RNP	Entrevista con la usuaria para identificar los problemas que posee.	Entrevista y registro
21	RNP	Si requiere la tarjeta de identidad, se le explican los requisitos y se emite el documento.	Entrega de hoja de requisitos y Tarjeta de identidad.

4.1.3. Procedimiento para brindar servicios de trabajo independiente

Se sigue este procedimiento cuando la usuaria requiere apoyo para crear una nueva actividad (que puede ser, a su vez, de subsistencia o de oportunidad). En algunos casos puede tratarse de mujeres con empleo dependiente que desean dar el salto al empleo independiente o bien, la mujer quiere mejorar un negocio existente (incluyendo el paso del emprendimiento de subsistencia o necesidad a uno de oportunidad).

Las instituciones del MAE que se involucran en este proceso son: El equipo de recepción y orientación de CM, STSS, SDE-CDE-MIPYME, INFOP, SAG (si el emprendimiento es agrícola), SEDIS-BANCA SOLIDARIA, BANADESA y RNP.

Los servicios de alfabetización y nivelación educativa, a cargo de la SEDUC, también estarán disponibles.

Cuadro 5. Procedimiento para brindar servicios de trabajo independiente

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Orientadora CM	Entrevista a la usuaria para indagar el servicio que requiere del MAE. La usuaria requiere servicios para conseguir o mejorar su empleo o para crear o mejorar su negocio existente. La orientadora incluye como punto de entrada al MAE el servicio de orientación laboral	Registro en el Software del Sistema. Hoja de remisión
2	Orientadora laboral STSS	La orientadora laboral recibe a la usuaria y le hace una entrevista a profundidad para determinar su perfil socio laboral, conocer su hoja de vida y desvelar su curriculum oculto ¹⁵ (ver Anexo 4. Guión de entrevista de la orientación laboral). Determina si los servicios requeridos son para trabajo dependiente o independiente. Si son para trabajo independiente, se explora si se trata de una empresa existente ¹⁶ o de un emprendimiento o nueva empresa. Favorece la definición de sus objetivos profesionales y personales que afectan a sus posibilidades de mejora desde una perspectiva realista, motiva para que mejore sus competencias a través de la educación formal y de nuevas competencias profesionales; ofrece información sobre las principales barreras que puede encontrar en su camino como empresaria; ajusta con la usuaria su itinerario u hoja de ruta y chequea sobre su disponibilidad y compromiso. La deriva a la ventanilla de la SDE-CDE MIPYME.	Documento de entrevista

¹⁵ Es necesario conocer las principales funciones que han desempeñado y valorar los conocimientos y las habilidades no formales adquiridas a lo largo de la vida (curriculum oculto).

¹⁶ Empresa existente se refiere a una empresa establecida que opera en el mercado y que está generando empleo e ingresos

3	SDE-CDE-MIPYME.	Realiza una entrevista para confirmar con la usuaria si se trata de una empresa ya existente o si es un nuevo emprendimiento.	Documento de entrevista
Empresa ya existente			
4	SDE-CDE-MIPYME.	Realiza un diagnóstico del potencial emprendedor de la usuaria (experiencia, motivación, proyecto de mejora que la lleva a acudir al CCM, recursos sociales, familiares o económicos de los que dispone para “invertir” en su proyecto o emprendimiento) y un diagnóstico de la empresa (antigüedad, formalización, tipo de empresa (subsistencia o no, familiar o no, etc.), giro del negocio y sector al que pertenece, potencialidad de transitar hacia un negocio de oportunidad o escalar, etc.). A partir del diagnóstico se determina el tipo de fortalecimiento que se requiere para potenciar las capacidades de la mujer emprendedora y de la empresa, y se determina si la atención será brindada en el CDE-MIPYME. O si debe ser remitida a otra institución del MAE como el INFOP.	Ficha de Diagnóstico Ficha de remisión
5	SDE-CDE-MIPYME.	Elabora con la usuaria un plan de fortalecimiento en donde se detallan las acciones a realizar para el fortalecimiento de la microempresa. Si la usuaria requiere capacitación y asistencia técnica empresarial, se le brinda capacitación en áreas especializadas, asistencias técnicas específicas según las necesidades de cada empresa, asesoría de acuerdo a las necesidades, tutorías, promoción de la asociatividad empresarial, capacitación de educación financiera, entre otras y la acompaña en el proceso de formalización y vinculación con mercados, Orienta a la usuaria sobre la participación en redes, vinculaciones con programa de gobierno y otros servicios de gestión empresarial.	Lista de participación en capacitaciones, reportes firmados por la usuaria de tutorías y asesorías recibidas. Convenios o contratos de venta.
6	INFOP y/o SAG	Si la usuaria requiere formación de habilidades para la vida (básico), educación financiera o capacitación vocacional es referida al INFOP para que reciba el servicio	Registro en el Sistema.

		de capacitación de acuerdo a sus necesidades. También puede requerir capacitación en el área agropecuaria, para lo cual deberá ser remitida a la SAG.	
7	INFOP	Entrevista a la usuaria y determina las necesidades de capacitación y en qué programas del instituto debe participar.	Ficha de entrevista
8	INFOP	Si se confirma que la usuaria requiere capacitación, la incorpora a alguno de los cursos programados. Cuando finaliza el proceso, la usuaria es retornada por CDE-MIPYME para continuar con el fortalecimiento empresarial. La usuaria también podría ser remitida a la STSS si su interés es acceder a un empleo en el mercado laboral formal.	Diplomas
9	SDE-CDE-MIPYME.	Apoya a la usuaria en la formulación de su plan de negocios y con éste, la refiere a BANCA SOLIDARIA para que gestione el acceso al crédito para el negocio.	Plan de negocios
10	SEDIS-BANCA SOLIDARIA	Brinda información a la usuaria sobre la metodología de trabajo bajo la cual realizan el otorgamiento de créditos.	Hoja con información promocional
11	BANCA SOLIDARIA	Si la usuaria está interesada en el acceso al crédito bajo la metodología institucional, procede a la organización del grupo solidario, el cual deberá estar formado por un mínimo de 3 personas y un máximo de 5.	Acta de formación de grupo solidario
12	SEDIS-BANCA SOLIDARIA	Traslada el caso a el o la Gestora de Créditos de la zona de donde provienen las usuarias, para que realice las visitas de verificación correspondientes y luego proceda a determinar el monto del crédito que cada usuaria va a gestionar, dentro de lo permitido por la metodología.	Solicitud de crédito
13	SEDIS-BANCA SOLIDARIA	Si la usuaria requiere un monto de crédito mayor que el que otorga BANCA SOLIDARIA, se remite a BANADESA.	Registro de asesoría la usuaria Hoja de ref.
14	BANADESA	Se le brinda la información a la usuaria sobre los montos de crédito que se otorga y los requisitos para acceder al mismo. Si el monto es superior al que se otorga, se le informa sobre otras entidades crediticias a las	Registro de asesoría la usuaria Hoja de

		que puede acceder fuera del MAE.	referencia
15	BANADESA	Se verifica la información del Plan de Negocios y se le asesora sobre el monto, plazo y condiciones de crédito que más le conviene de acuerdo a la metodología que maneja la institución financiera.	Registro de la usuaria
16	BANADESA	Cuando la usuaria presenta la documentación necesaria para tramitar el crédito, se le apoya con el llenado de la solicitud si así lo requiere y luego gestiona al interior de la institución financiera los productos y servicios que se brindan. Si el crédito es aprobado, se desarrolla el desembolso en la ventanilla del banco ubicada en CM.	Solicitud de crédito Contrato del crédito Registro del desembolso.
17	BANADESA	Si la solicitud no es aprobada, la usuaria puede retornar a SDE/CDE-MIPYME para que la orienten y la remitan a una institución financiera externa a CM o replantear su proyecto de inversión.	
18	SAG	Si la usuaria requiere asesoría con la SAG, se le ofrece participar en las escuelas de capacitación agrícola.	Listados de capacitación.
19	SAG	Finalizada la capacitación, se le ofrece los servicios de apoyo dirigidos a asociaciones agrícolas, asociaciones cooperativas, etc. Si la usuaria decide optar por socios, se remite a SDE/CDE-MIPYME para que la orienten sobre el proceso a seguir.	Registro de la usuaria
20	SAG	Si la usuaria requiere crédito u otro servicio financiero, se remite a BANADESA para que le brinden el servicio requerido.	Registro de la usuaria Hoja de remisión.
21	BANADESA	Orienta a la usuaria sobre los requisitos y el proceso para obtener un crédito	Registro de usuaria Solicitud de crédito
22	SDE-CDE-MIPYME	Proporciona a la usuaria educación financiera para un manejo adecuado del crédito.	Lista de participantes
23	SDE-CDE-MIPYME	Asesora y acompaña a la usuaria en el desarrollo del plan de mejora.	
En caso que se trate de un emprendimiento			
24	SDE-CDE-MIPYME	Se realiza un diagnóstico del potencial emprendedor de la usuaria (experiencia, motivación, proyecto de mejora que la lleva a acudir al CCM, recursos sociales, familiares o	Protocolo de servicios

		económicos de los que dispone para “invertir” en su proyecto o emprendimiento) y de su idea de negocio (giro o actividad, sector, tipo de empresa (subsistencia o no, familiar o no, etc), análisis de mercado, viabilidad, etc.). A partir del diagnóstico se formula con la usuaria la ruta de trabajo que seguirá para el desarrollo de la idea de negocio.	
25	SDE-CDE-MIPYME	Brinda la capacitación sobre habilidades para la vida, emprendedurismo y género donde la usuaria decide si quiere seguir con el emprendimiento.	Documento con idea de negocio u hoja de Remisión a la STSS
26	SDE-CDE-MIPYME	Identifica si la usuaria requiere formación vocacional	
27	INFOP/SAG	Si requiere formación vocacional es referida a INFOP para que reciba la asesoría pertinente de acuerdo a sus necesidades y las oportunidades del mercado laboral. Si la usuaria no requiere formación vocacional, se inicia el proceso de creación del emprendimiento.	Hoja de referencia
28	INFOP	Entrevista a la persona y determina, las capacitaciones en las que la usuaria debe participar	Lista de capacitaciones que se ofrecen.
29	INFOP	En caso que confirme que la usuaria requiera capacitación vocacional, financiera o de habilidades para la vida la incorpora a alguno de los cursos programados, para luego ser retornada a CDE-MIPYME para iniciar el emprendimiento. Asimismo, puede contemplarse la posibilidad, dependiendo del análisis adecuado, de que la usuaria sea remitida al Ministerio de Trabajo, para gestionar una oportunidad laboral.	Diplomas
30	SDE-CDE-MIPYME	Desarrolla el proceso de emprendimiento cuya duración dependerá de los avances que se vayan logrando en el proceso de conformación de la empresa.	Listado de participantes capacitaciones, reportes de tutorías y asesorías brindadas. Empresas formalizadas
31	SDE-CDE-MIPYME	La asiste en la formulación del plan de negocios e identifica si requiere formación en	Plan de negocios

		educación financiera. Si identifica necesidad de financiamiento la remite a BANCA SOLIDARIA o a BANADESA.	
32	SEDIS-BANCA SOLIDARIA/ BANADESA	Brinda información sobre la metodología para el otorgamiento de créditos u otros servicios financieros.	Boleta con información
33	SEDIS-BANCA SOLIDARIA	Si la usuaria está interesada en el acceso al crédito bajo la metodología institucional, procede a la organización del grupo solidario, el cual deberá estar formado por un mínimo de 3 personas y un máximo de 5.	Informe de visita a empresarias
34	SEDIS-BANCA SOLIDARIA	Traslada el caso a el o la Gestora de Créditos de la zona de donde provienen las usuarias, para que realice las visitas de verificación correspondientes y luego proceda a determinar el monto del crédito que cada usuaria va a gestionar, dentro de lo permitido por la metodología.	Solicitud de créditos
35	SEDIS-BANCA SOLIDARIA	Si la usuaria requiere un monto de crédito mayor que el que otorga Banca Solidaria, se le remite a BANADESA.	Registro de asesoría para la usuaria
36	BANADESA	Le brinda información sobre los montos de los créditos y los requisitos. Si la usuaria requiere un monto mayor de crédito, se le informa sobre otras entidades crediticias a las que puede acceder fuera del MAE.	Registro de asesoría para la usuaria
37	BANADESA	Cuando la usuaria presenta la documentación necesaria para solicitar el crédito u otro servicio financiero, se gestiona en la institución financiera correspondiente.	Solicitud de crédito u otros servicios financiero. Contrato.

4.1.4. Procedimiento para brindar otros servicios

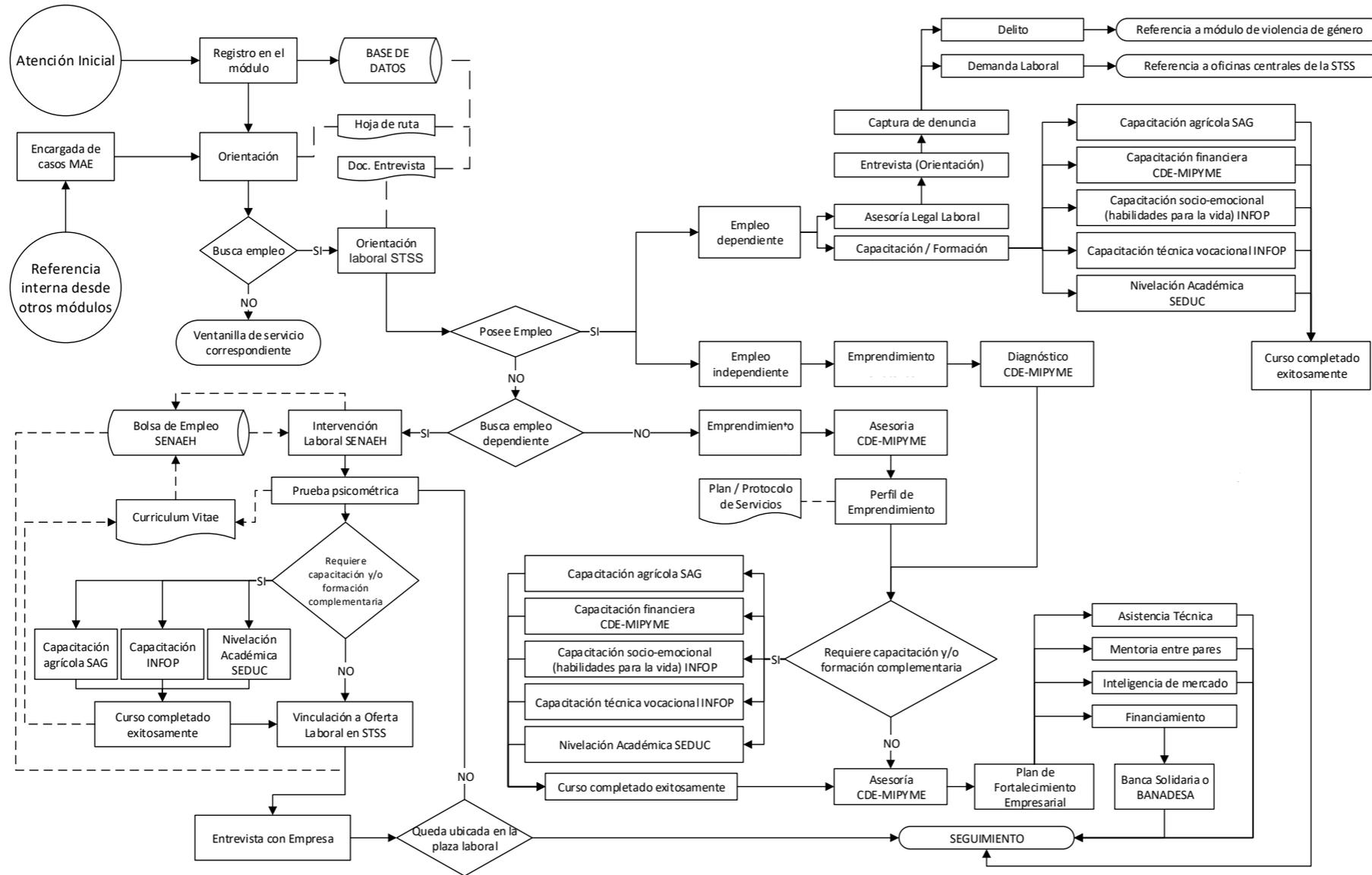
Si la usuaria busca otros servicios que se ofrecen en el MAE se sigue el siguiente procedimiento:

Cuadro 6. Procedimiento para brindar otros servicios

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Orientadora CM	<p>Entrevista a la usuaria, registra su situación personal, sus necesidades y expectativas en relación al centro de servicios e indaga el servicio que requiere del MAE.</p> <p>Cuando la usuaria requiere otros servicios (gestión de la tarjeta de identidad, asesoría legal en derechos laborales, educación formal, servicios financieros no crediticios, etc.) que se brindan en el MAE la orientadora la refiere directamente a la ventanilla respectiva sin pasar por la Orientadora Laboral.</p>	Registro en el Software del Sistema. Hoja de remisión
La usuaria requiere asesoría de identidad:			
2	Orientadora del CM	Remite a la usuaria al RNP	Registro en el software de CM Hoja de remisión
3	RNP	Entrevista con la usuaria para identificar sus necesidades.	Entrevista y registro
4	RNP	Si requiere la tarjeta de identidad, se le explican los requisitos y se emite el documento.	Entrega de hoja de requisitos y Tarjeta de identidad.
La usuaria requiere asesoría Legal laboral			
5	Orientadora del CM	Remite a la usuaria a la STSS	Registro en el software de CM Hoja de remisión
6	STSS	Identifica si requiere asesoría legal por despido, incumplimiento de las disposiciones legales de trabajo y las normas básicas de seguridad y salud ocupacional como: Adeudo de salarios, incumplimiento de pago de vacaciones completas, aguinaldos completos, horas extraordinarias, malos tratos, discriminación laboral, acoso laboral o sexual en el lugar de trabajo o por problemas de identidad.	Entrevista

7	STSS	Captura denuncia de la usuaria	Documento de denuncia legalizado
8	STSS	Investiga sobre la situación que presenta y evalúa el tipo de asesoría que requiere la usuaria; si es un delito se remite a la usuaria al MVCM dentro de CM específicamente la Fiscalía Especial de la Mujer, si es una demanda por salario o prestaciones sociales no pagado u otro tipo de violación patronal, se remite a las oficinas centrales de la STSS.	Registro en el software de CM y hoja de remisión
9	STSS	Da seguimiento al caso remitido a las oficinas centrales de la STSS para verificar los resultados del procedimiento realizado.	Expediente en oficina central de la STSS Correos
La usuaria requiere educación formal			
10	Orientadora de la CM	La usuaria requiere complementar sus capacidades académicas, es remitida a la SEDUC para que se le incorpore en cursos de nivelación académica.	Ficha de remisión
11	SEDUC	Evalúa el nivel académico de la usuaria y le incorpora en un curso de nivelación académica.	Registro de Matrícula Certificado
La usuaria requiere educación vocacional, educación financiera o de habilidades para la vida			
12	Orientadora de la CM	Entrevista a la usuaria y determina si puede integrarla en un curso de capacitación vocacional de acuerdo a la necesidad que ella presenta y a la oferta institucional disponible.	Entrevista. Lista de capacitaciones disponibles.
13	INFOP	Incorpora a la usuaria a alguno de los cursos programados, y una vez finalizado el proceso, la remite a la STSS.	Diplomas/Certificaciones de cursos

4.2. FLUJOGRAMA



SIMBOLOGÍA

Símbolo	Nombre
	Evento
	Actividad
	Decisor
	Flujo de secuencia
	Flujo de mensaje
	Documento
	Proceso predefinido
	Inicio de referencia de página
	Final de referencia de página
	Base de datos
	Almacenamiento interno

5. COORDINACIÓN Y SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

5.1.COORDINACIÓN

El MAE está integrado por 8 instituciones públicas que se coordinan e interactúan internamente entre sí para la atención a las usuarias. El nivel de coordinación y referencia está determinado por la demanda de servicios de las usuarias y la oferta de servicios integrados que se pueden ofrecer a partir de la complementariedad de acciones generadas a partir de los servicios brindados por parte de cada institución. En el caso que algunas instituciones presten servicios similares, deberá definirse previamente hasta dónde llegan los servicios que prestan y cómo se complementan con los de otras instituciones.

5.1.1.Servicios de trabajo dependiente

Instituciones que intervienen: STSS, INFOP, SDE-CDE-MIPYME, SAG, SEDUC, RNP. También la SEDUC, por medio de la oferta educativa de alfabetización o nivelación académica.

Estas instituciones se interrelacionan entre sí en el proceso de prestación de servicios a las usuarias del MAE. La atención es brindada de acuerdo a la demanda de las usuarias desde que ingresan a las instalaciones del MAE. Cada institución que recibe a una usuaria, verifica si los servicios que brinda satisfacen las necesidades de la misma, en caso contrario, la remite a la institución correspondiente de acuerdo a la necesidad identificada.

Este proceso es registrado en los instrumentos de control tanto de CM como de cada institución que presta servicios para el trabajo dependiente.

5.1.2.Servicios de trabajo independiente

Instituciones que intervienen: INFOP, SDE-CDE-MIPYME, SEDIS-BANCA SOLIDARIA, BANADESA, SAG, SEDUC, RNP.

La coordinación efectiva entre las instituciones que brindan servicios para facilitar el trabajo dependiente de las usuarias, permitirá mantener una relación estrecha asegurando que reciban servicios integrales de calidad.

El manejo compartido de los instrumentos informáticos de registro de información de las usuarias, permitirán llevar control de los servicios demandados y los recibidos, así como los avances logrados por las usuarias de acuerdo al plan de vida elaborado con cada una de ellas.

5.2.SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA INTERNO

EL MAE contará con una Encargada de casos (case manager) que dará seguimiento a las usuarias y al proceso de referencia interna y externa. Se utilizarán las fichas estandarizadas para el tamizaje de violencia laboral en el MAE (ver Anexo nº 5), las referencias externas que se realicen desde el MAE (ver Anexo nº 6), las referencias internas-intermódulos (ver Anexo nº7) y el registro de control de referencias (Anexo nº 8).

Cuando una usuaria es atendida en el MAE y la funcionaria de alguna de las instituciones que la atiende detecta que sufre secuelas o problemas de violencia la remite al Módulo de Violencia Contra las Mujeres (MVCM) para que se le brinde la atención necesaria. En la entrevista inicial con la orientadora también puede detectarse. De igual manera, desde el MVCM se remitirá al MAE todas aquellas mujeres sobrevivientes de violencia que requieran fortalecer su autonomía económica para iniciar procesos que les permitan generar ingresos laborales propios.

Si se detecta que la usuaria sufre un problema de salud, es remitida al Módulo de Salud Sexual y Reproductiva (MSSR), en donde le brindan la atención requerida.

Desde el Módulo de Educación Colectiva se identificarán, al nivel comunitario o territorial, mujeres que requieran entrar en procesos de empoderamiento económico.

El Módulo de Atención a Adolescentes (MAA) se apoyará en el MAE para la orientación vocacional a mujeres jóvenes o para ofrecerles cursos específicos de capacitación laboral como computación u otros que sean de su interés.

Después de que la usuaria haya recibido el servicio necesario en los otros módulos, puede ser remitida nuevamente al MAE para que continúe con la atención de acuerdo al servicio que demande, o puede seguir recibiendo los servicios en forma simultánea en varios módulos. De igual manera, se deberá garantizar la contra referencia del MAE al resto de módulos cuando se reciban usuarias referidas de los mismos.

Todos los recursos humanos de CM estarán capacitados para brindar atención integral a las mujeres que solicitan los servicios. CM contará con un sistema de información.

Cuando en el seguimiento a los casos (case management) se detecte que una usuaria necesita en forma paralela una atención integral, es decir la intervención de varios módulos al mismo tiempo, debería de desarrollarse un proceso de interconsulta y/o discusión (entre los módulos) sobre el caso. La interconsulta tiene el propósito de revisar y determinar la ruta que se recomienda seguir a la usuaria, para que en el proceso de atención integral se de respuesta a sus necesidades específicas.

Las proveedoras de servicios de los módulos se apegarán al código de ética de CM y a los principios del código de ética de sus respectivas profesiones.

A continuación se establecen los niveles de coordinación e interseccionalidad entre los módulos que sirven de base para las referencias internas en CM.

Cuadro 7. Intersecciones del MAE con los otros módulos de CM

MVCM	MSSR	MAI	MEC	MAA
<ul style="list-style-type: none"> • Detección de VCM en servicios laborales • Detección y atención de casos de violencia laboral • Orientación e intermediación laboral con medidas de prevención VCM • Formación en habilidades para la vida • Elaboración de planes de empoderamiento económico a mujeres que viven VCM 	<ul style="list-style-type: none"> • Detección problemas de salud que afectan el desempeño económico de las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a niñas y niños durante procesos de atención y formación de sus madres o responsables en el MAE 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de derechos económicos de las mujeres a nivel territorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación, y capacitación vocacional a mujeres adolescentes

Normas del sistema de referencia. Se contará con normas comunes para la referencia interna y externa que incluirán los roles, responsabilidades y limitaciones de cada instancia participante, las fichas de referencia y contrareferencia, los mecanismos de comunicación directa con las instancias que realizan la referencia y las que reciben la usuaria referida, así como el sistema de monitoreo de las referencias y los servicios provistos. Se utilizarán las fichas estandarizadas para todas las referencias que se realicen desde el MAE (ver Anexos 4,5, 6 y 7). Todas las instancias participantes en el sistema deberán firmar un memorándum de entendimiento describiendo las responsabilidades institucionales respecto a la atención de los casos referidos desde CM y el criterio de prioridad que se aplicará a estos casos. Las redes de referencia serán de carácter local, aunque pueden incluir instancias del nivel regional y/o nacional dependiendo de la disponibilidad de determinados servicios en los territorios de influencia.

Criterios para la referencia:

- Toda usuaria que requiera servicios especializados o específicos según sus necesidades que no son provistos por el MAE ó CM.
- Consentimiento por parte la usuaria de participar en procesos de empoderamiento económico que desarrollen instituciones públicas o privadas.

Información para la usuaria. La usuaria recibirá información sobre: i) Las razones e importancia de la referencia, ii) Cómo llegar a la instancia a la que ha sido referida, iii) Tipo de atención/ servicios que recibirá en dicha instancia; y iv) Proceso de seguimiento cuando regrese al MAE.

Desarrollo de capacidades de proveedoras/es. El personal de CM y las instancias participantes en el sistema de referencia recibirán capacitación continua para implementar la referencia según las normas de CM, intercambio de experiencias e información así como para la retroalimentación periódica sobre el funcionamiento del sistema de referencia.

Seguimiento a las referencias. Será realizado por la Encargada de casos (Case Manager) del MAE a través del sistema de información que se creará para tal fin y la coordinación continua con las instancias que forman parte del sistema de referencia; y el contacto telefónico o por otras vías con las usuarias.

5.3.SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNO

El sistema de referencia y contra referencia puede darse con instituciones fuera del MAE que brinden servicios complementarios para las usuarias. Para ello es fundamental disponer de toda la información sobre otros programas que se están promoviendo en el territorio y que puedan ser de gran utilidad para las usuarias. De ahí, la necesidad de las reuniones de coordinación con la Unidad Territorial de CM, la Coordinadora de Módulos y las Coordinadoras de cada uno de los módulos.

Para que este proceso sea efectivo, CM hará alianzas estratégicas con instituciones que prestan servicios complementarios para el empoderamiento económico-de las usuarias.

Se elaborarán cartas de referencia que serán dirigidas a las instituciones de las que se requiera el servicio, solicitando que la usuaria sea atendida y se le proporcione el servicio requerido.

De la misma forma, el MAE podrá recibir casos referidos por instituciones externas a las que brindar servicios.

Cuadro 8. Referencia Externa: Servicios de Instituciones Claves

Instituciones	Servicios prestados en coordinación con el MAE
Dirección Ejecutiva de Ingresos (DEI)	Legalización de empresas, socios temporales, asesoría para la facturación y pago de impuestos.
Instituto de la Propiedad (IP)	Legalización de tierras
Relaciones Exteriores Fondo de Solidaridad con el Hondureño Migrante (FOSHOMI)	Apoyo a mujeres migrantes consistente en: acompañamiento legal, ayuda a familiares de migrantes, acompañamiento legal a menores de edad, remesas solidarias, entre otros.
Cooperativas de Ahorro y Crédito y otras instituciones financieras.	Créditos agropecuarios y para actividades agroindustriales. Créditos para la microempresa.
Cámara de Comercio e Industria y Cámaras de Comercio a nivel nacional	Participación en ferias, participación de ruedas de negocios, capacitación empresarial a empresarias y emprendedoras (con un nivel de desarrollo intermedio y no de subsistencia)
ANDI Asociación Nacional de Industriales.	Alianzas para encadenamientos productivos, participación en ferias, ruedas de negocio, servicios de desarrollo empresarial (planes de negocio, planes de internalización, capacitaciones y asesorías puntuales.
Empresa Privada (MIPYMES)	Mentoría entre pares, alianzas comerciales, encadenamientos productivos, oferta de empleos existentes, etc.
ONG con programas crediticios	Créditos para la MIPYME, capacitación empresarial, asistencia técnica para empresarias y emprendedoras.
Universidades	Capacitación y asesoría técnica a empresarias y emprendedoras. Nivelación académica universitaria

6.PERSONAL QUE INTEGRA EL MAE

Para el funcionamiento del MAE se requiere que las instituciones que lo integran pongan a disposición recurso humano especializado para la atención a las usuarias que demanden sus servicios.

A continuación se detalla el personal que integrará el MAE por cada una de las instituciones:

Cuadro 9. Personal que Integra el MAE, Perfiles y Funciones

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL PUESTO	No. RRHH	FUNCIÓN DEL PUESTO
SDE-MIPYME	Coordinadora de Módulo	1	i) Coordinar el trabajo del EAI, ii) Planificar la oferta de servicios del MAE evitando la superposición de servicios institucionales, iii) Supervisar la aplicación de los estándares de atención, iv) Supervisar las referencias internas y externas, v) Procurar resolver cualquier situación excepcional que se presente en la ruta de atención de la usuaria, vi) Elaborar informes estadísticos mensuales, vii) Planificación, M&E y manejo de los RRHH del MAE, viii) Coordinar los programas y proyectos de apoyo al empoderamiento económico, ix) Coordinar estrategias conjuntas con otros módulos y las del sistema de referencia en su conjunto, x) Dar seguimiento a los mecanismos de participación de las usuarias, xi) control de calidad y evaluación para identificar estrategias innovadoras y de mejora de servicios en función de los déficit encontrados y las oportunidades detectadas
	Case Manager (tendrá el perfil de técnica de atención a emprendedoras por si no se requiere dedicación completa al case management)	1	i) Dar seguimiento a los itinerarios de que garanticen su inserción laboral a partir de su diagnóstico socio-laboral, ii) Referir y dar seguimiento a las referencias internas y externas y mantener los records que documenten los servicios ofrecidos a las usuarias, iii) Registrar los datos pertinentes de la usuaria en el sistema de información de Ciudad Mujer. iv) Asegurar que las instituciones participantes en el sistema de referencia cumplen con las normas, v) Realizar gestiones de transporte y acompañamiento en caso necesario, vi) Planificación del EAI para el abordaje de casos especiales o complejos.

	Técnica de atención a Emprendedoras	1	Brindar información sobre los servicios del CDE-MIPYME, ii) Asesorar a las usuarias para la elaboración de Planes de Negocio y otros estudios relevantes para el negocio, etc., iii) Impartir capacitaciones sobre aspectos clave del emprendimiento y la empresarialidad femenina, iv) Orientar a la usuaria sobre la ruta a seguir para el fortalecimiento de sus empresas o para la implementación de un emprendimiento, v) Establecer alianzas con la empresa privada para la venta de productos, la participación en ferias y en otras actividades empresariales de las usuarias vi) Registrar los datos pertinentes de la usuaria en el sistema de información de Ciudad Mujer, vii) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres que acuden al CCM
STSS	Orientadora laboral (Psicóloga)	1	i) Realización e interpretación de pruebas psicométricas, ii) Asesoría a las usuarias y definir con ella sobre la ruta a seguir para la consecución de un empleo o autoempleo, iii) Dar seguimiento a los itinerarios de que garanticen su inserción laboral a partir de su diagnóstico socio-laboral.
	Promotora de Empleo	1	Brindar información general a las usuarias sobre los servicios que ofrece la STSS, ii) Brindar asesoría a las usuarias para la búsqueda de empleo, iii) Visitar a las empresas para conocer sus necesidades de contratación de recursos humanos, iv) establecer con las empresas planes de formación en el trabajo a realizarse a través de pasantías, v) Coordinar con el INFOP para implementar sistema de pasantías en empresas, vi) Registrar los datos pertinentes de las usuarias en el sistema de información de Ciudad Mujer, vii) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres.

<p>INFOP</p>	<p>Orientadora para atención a las usuarias</p>	<p>1</p>	<p>Brindar información sobre los cursos de capacitación que ofrece el INFOP en las diferentes metodologías que desarrolla, ii) Coordinar con las otras instituciones del MAE las actividades de capacitación demandadas por las usuarias, de acuerdo a la oferta institucional, iii) Coordinar con las oficinas centrales del INFOP la oferta de servicios para las usuarias del CCM, iv) Registrar los datos pertinentes de la usuaria en el sistema de información de CM, vi) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres que acuden al CCM</p>
<p>BANCA SOLIDARIA</p>	<p>Gestora de Créditos</p>	<p>1</p>	<p>i) Brindar información sobre la metodología de créditos que desarrolla la institución, ii) Organizar grupos solidarios para el otorgamiento de los créditos, iii) Seguimiento al grupo solidario, iv) Asesorar al grupo solidario sobre la administración efectiva del crédito, v) Registrar los datos pertinentes de la usuaria en el sistema de información del Ciudad Mujer, vi) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres que acuden al CCM.</p>
	<p>Atención al Cliente</p>	<p>1</p>	<p>i) Brindar información sobre la metodología de créditos ii) Organizar el grupo solidario, iii) Llenar solicitud de créditos y gestionar el otorgamiento del crédito, iv) Dar seguimiento al grupo solidario, v) Asesorar al grupo solidario sobre la administración efectiva del crédito, vi) Registrar los datos de la usuaria en el sistema de información de CM.</p>
<p>BANADESA</p>	<p>Cajera</p>	<p>1</p>	<p>i) Atención a las usuarias para la apertura de cuentas de ahorro y corrientes, ii) Pago de servicios públicos y otros, iii) Retiro de cuentas de ahorro y corrientes, iv) Registrar los datos pertinente de la usuaria en el sistema de información de CM.</p>

	Auxiliar Contable	1	i) Atención a las usuarias brindando información sobre los requisitos para optar a un crédito, ii) Asesoría para llenar la solicitud de crédito, iii) Llevar registro de las solicitudes de crédito, iv) Llevar registro de los préstamos otorgados, v) Registrar los datos pertinente de la usuaria en el sistema de información de CM.
	Seguridad	1	i) Brindar servicios de vigilancia en la ventanilla de BANADESA dentro de las instalaciones de CM.
SAG	Técnica Agrícola	1	i) Brindar asistencia técnica a las usuarias de la ECA, ii) desarrollar capacitaciones agrícolas a las usuarias de la ECA, iii) Registrar los datos pertinentes de la usuaria en el sistema de información de CM, iv) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres que acuden al CCM
SEDUC	Educadora	1	i) Brindar información sobre los cursos de nivelación académica, ii) Organizar la oferta de nivelación académica en base a la demanda de las mujeres, iii) Dar seguimiento a los grupos de mujeres que asistan a los cursos de nivelación académica, iv) Coordinar con las oficinas centrales de la SEDUC para gestionar los servicios de nivelación académica para as mujeres, v) Registrar los datos pertinentes de la usuaria en el sistema de información de CM, vi) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres que acuden al CCM
RNP	Técnica Registral ¹⁷	0.2 ¹⁸	i) Brindar información sobre los servicios del RNP, ii) Atender y orientar a las usuarias que requieran servicios para la gestión de una tarjeta de identidad personal, iii) Brindar asesoría legal relacionada con la maternidad y la paternidad responsable, iv) Registrar los datos de la usuaria en el sistema de información, vi) Impartir talleres y charlas a grupos de mujeres que acuden al CCM.
TOTAL		13.2	

¹⁷ La Técnica Registral de RNP estará a tiempo parcial en las instalaciones de Ciudad Mujer (un día por semana), pues será una de las instituciones que funcionara en forma itinerante.

¹⁸ Esta cantidad indica que la dedicación del personal será del 20% del tiempo completo.

Trabajar con mujeres en situación de especial fragilidad exige una gran capacidad técnica en materia de género, igualdad de oportunidades, emprendedurismo femenino y un resorte de actitudes y competencias personales que ayuden a las personas trabajadoras del MAE a sortear las dificultades y acompañar de manera efectiva a las mujeres en su periplo hacia el empleo o hacia su propia empresa. Por ello, la Coordinadora del MAE en coordinación con la Coordinadora de Módulos del CCM deberá preparar un plan de formación del personal del MAE no sólo en temas de empleabilidad y emprendedurismo femenino, de necesidad y oportunidad, adaptados al contexto hondureño, sino que el Plan de formación deberá tener además contenidos que estén orientados a proveer formación en materia socioemocional, buscando mejorar la percepción que tienen las usuarias de ellas mismas, fortalezcan su confianza y seguridad personal, su currículum oculto, sus potencialidades, capacidades y talentos para mejorar su desempeño socio-laboral.

El desgaste o *burn-out* del personal suele ser contrarrestado por el sentimiento de pertenencia al proyecto y a un equipo/comunidad al que se añade una capacitación continua, por lo que ambos aspectos son claves en el manejo del EAI por parte de la Coordinadora y de las entidades coordinadoras del Módulo y de CM.

7. EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MAE

El listado de equipamiento requerido para el funcionamiento del MAE puede verse en el Anexo 8.

Los insumos para el funcionamiento de los diferentes procesos de formación ofertados por las entidades que participan en el MAE que incluye formación técnica-vocacional, empresarial, financiera, alfabetización y nivelación educativa, y agricultura, se incluyen a continuación:

Cuadro 10. Listado de insumos mínimos requeridos

1	Plumones para pizarra blanca
2	Papelógrafos para rotafolio
3	Papelería y útiles
4	Material educativo
5	Gafetes
6	Tarjetas de cartón o cartulina
7	Herramientas para cultivo y equipo de protección personal
8	Semillas y otros insumos agrícolas

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Cuadro 11. Monitoreo y Evaluación

NIVEL	INDICADORES	FUENTE
Impacto	Porcentaje de mujeres mayores 15 años sin ingresos laborales propios en Honduras.	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos múltiples (EPHPM).
Resultado esperado Se ha incrementado el porcentaje de mujeres mayores de 15 años de edad con ingresos labores propios	Porcentaje de mujeres mayores 15 años que sin ingresos laborales propios en los departamentos de influencia de Ciudad Mujer.	EPHPM
Resultados intermedios	Mujeres de 15 años o más que participan laboralmente en los departamentos de influencia de Ciudad Mujer Nivel de escolaridad promedio de mujeres de 15 años o más en los Departamentos de influencia de CM Porcentaje de mujeres que obtuvieron un crédito productivo en CM en los últimos 12 meses en los Departamentos de influencia.	EPHPM EPHPM Datos administrativos de CM
Productos	Número de mujeres atendidas al módulo de Autonomía Económica por primera vez. Número de mujeres atendidas al módulo de Autonomía Económica en forma subsecuente. Número de mujeres que completaron cursos de habilidades para la vida.	Datos administrativos CM Datos administrativos CM Datos administrativos CM

Número de mujeres que fueron atendidas y solucionaron sus demandas laborales	Datos administrativos CM
Número de mujeres atendidas en el SENAEH (bolsa de empleo)	Datos administrativos CM
Número de mujeres que accedieron a empleos formales y pasaron el período de prueba.	Datos administrativos CM
Número de mujeres que finalizaron procesos de nivelación académica de educación básica	Datos administrativos CM
Número de mujeres que finalizaron procesos de nivelación académica de educación media	Datos administrativos CM
Número de mujeres que finalizaron procesos de nivelación académica de bachillerato	Datos administrativos CM
Número de mujeres que finalizaron cursos de formación vocacional en aula.	Datos administrativos CM
Número de mujeres que completaron pasantías en empresas.	Datos administrativos CM
Número de mujeres que completaron cursos de capacitación agrícola.	Datos administrativos CM
Número de mujeres que finalizaron cursos de formación empresarial	Datos administrativos CM
Número de mujeres con créditos aprobados	Datos administrativos CM
Número de mujeres que recibieron mentoría de pares.	Datos administrativos CM
Número de mujeres que completan cursos de educación financiera	Datos administrativos CM
Número de mujeres que obtuvieron documento de identidad	Datos administrativos CM

	Número de mujeres que cuentan con planes de negocios	Datos administrativos CM
	Sistema territorial de referencia con normas y acuerdos interinstitucionales aprobados, personal capacitado y mecanismo de M&E.	Datos administrativos CM
	Referencias y contrareferencias expedidas y ejecutadas.	Datos administrativos CM
	Mecanismos de participación de usuarias funcionando y con reportes disponibles.	Datos administrativos CM
	Nivel de satisfacción de las usuarias con los servicios del MAE en Ciudad Mujer	Datos administrativos CM

9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES

A continuación se detallan los riesgos que podrían enfrentarse en el proceso de implementación y funcionamiento del MAE dentro del CCM.

Cuadro 12. Riesgos y Recomendaciones para el Funcionamiento del MAE

RIESGOS	RECOMENDACIONES
Débil articulación entre las instituciones del MAE	<p>Claridad sobre los roles institucionales que aseguran la complementariedad de los servicios que se brindan en el MAE.</p> <p>Participación en procesos interinstitucionales de planificación estratégica de CM y elaboración de planes operativos anuales en forma conjunta que deben de estar alineados con las políticas nacionales y los planes rectores en materia de fomento del emprendedurismo y empleo.</p> <p>Generar sinergias para la articulación institucional que fortalezca y consolide el modelo de servicios integrados.</p> <p>Reuniones de coordinación para el seguimiento de casos.</p>
Falta de identificación de la demanda productiva y	<p>Realización de estudios para la identificación de potencialidades productivas y económicas para el desarrollo de estrategias de promoción de oportunidades económicas para mujeres desde el MAE.</p> <p>Identificación de encadenamientos productivos en el territorio.</p>

RIESGOS	RECOMENDACIONES
económica del territorio de influencia de CM	<p>Establecer alianzas con la empresa privada u otros actores del sector privado, con el propósito de conocer su demanda laboral y ofrecer recursos humanos capacitados y calificados para desempeñarse en empleos permanentes o encadenamientos productivos</p> <p>Establecer una colaboración estrecha con el ecosistema económico-empresarial, laboral e institucional de los territorios.</p> <p>Sensibilización del ecosistema empresarial en materia de género e igualdad de oportunidades.</p> <p>Impulsar promoción de bolsa de empleo protegida.</p> <p>Elaboración de diagnóstico de la demanda de servicios y productos locales.</p>
Oferta de capacitación del MAE poco adecuada a la demanda laboral formal y al autoempleo.	<p>Organizar la oferta de servicios de capacitación vocacional, empresarial y nivelación académica, de acuerdo a la demanda del mercado laboral formal y el mercado de productos y servicios locales.</p> <p>Apoyar a las usuarias para que conozcan sus capacidades y aptitudes para el trabajo (pruebas psicométricas para una mejor orientación vocacional).</p> <p>Promover cursos o talleres que promuevan competencias transversales para la vida y el trabajo, con baja-media carga horaria.</p> <p>Dotar al MAE de metodologías de capacitación en competencias transversales, fácilmente transferibles y replicables, que garanticen una cobertura importante de mujeres, que se podrían atender por módulos en horarios ajustados a sus disponibilidades.</p>
Limitadas competencias técnicas del personal del MAE para ofrecer atención integral	<p>Implementar un plan de desarrollo de competencias que incluya cursos, webinars para el intercambio de experiencias y con expertas/os, listserv con información actualizada de eventos, nuevas publicaciones, comunidades de prácticas temporales sobre temas específicos, etc.</p> <p>Programa de autocuidado y seguridad de las proveedoras incluido en la planificación anual y con presupuesto asignado.</p>
Débil coordinación interinstitucional con instituciones fuera de CM.	<p>Establecimiento de alianzas y convenios firmados con instituciones externas al MAE buscando una colaboración estrecha con el ecosistema económico-empresarial, laboral e institucional de los territorios buscando un acercamiento de la oferta a las necesidades reales y no tan estereotipadas de las mujeres.</p> <p>Desarrollar una comunicación efectiva de cara al posicionamiento del MAE como una iniciativa articulada y</p>

RIESGOS	RECOMENDACIONES
	homogénea que ofrezca servicios de empleo y empoderamiento económico femenino en el territorio.
Limites en los montos de créditos disponibles para las usuarias dentro de la oferta de CM.	Se debe establecer un sistema de referencia que posibilite a las usuarias del MAE acceder al apoyo de otras instituciones crediticias con montos de crédito mayores a los de Banca Solidaria y BANADESA.
Limitado seguimiento a las usuarias de CM.	Diseñar e implementar un plan de monitoreo y evaluación que permita dar seguimiento a las usuarias del MAE hasta conocer los cambios efectivos logrados en su empoderamiento económico. Identificar cuantas mujeres logran cambios significativos en su empoderamiento económico.
Dificultad de ofrecer servicios en horarios adecuados para las mujeres que laboran y quieren acceder a los servicios del MAE	Ofrecer actividades de fin de semana, pequeñas charlas en horario post laboral, no solo para generar comunidad sino para crear adhesión al proyecto, además de poder incorporar de ese modo a perfiles de mujeres más orientados hacia el empleo y el emprendimiento que –por incompatibilidad horaria- no pueden acercarse a los centros en los tiempos dedicados a generar ingresos
Limitados recursos de CM para atender la demanda de capacitación laboral / pasantías para las usuarias	Identificar programas de Responsabilidad Social Empresarial (RSE) y otras fuentes de sector privado que podría apoyar con recursos para financiar los servicios requeridos por las usuarias
Calidad de los servicios que se ofrecen.	Asegurar la adhesión a estándares de calidad y atención continua a las usuarias por medio de la puesta en marcha del sistema de referencia. Ello conllevará la revisión y evaluación de las prácticas y la homologación de estándares entre las instituciones que integran el MAE, así como procesos de formación continua del personal.

ANEXOS

Anexo 1: MARCO CONCEPTUAL

El MAE se basa en los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres, cuyo fin es garantizar un nivel de vida adecuado a las personas, promoviendo la igualdad entre hombres y mujeres. Dentro de los artículos plasmados en el Pacto

Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales se destacan el artículo 6: Derecho a trabajar y libre elección de empleo y el artículo 7: Derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias.

Para que estos derechos puedan ser exigidos por las mujeres, es necesario desarrollar acciones que promuevan su empoderamiento económico, en un ambiente de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

El empoderamiento económico de las mujeres se debe realizar a nivel del hogar, la comunidad y el país, en los ámbitos económico, familiar, sociocultural, legal, político y psicológico. En este marco, se define la Autonomía Económica como “la capacidad de las mujeres de generar ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres. Considera el uso del tiempo y la contribución de las mujeres a la economía”¹⁹.

Una mujer con autonomía económica asume con mayor confianza la toma de decisiones que afectan su vida y la de su grupo familiar y reduce la dependencia de otras personas.

El MAE forma parte de una visión de las mujeres para romper círculos de violencia, además de ser independientes económicamente. Se debe considerar la autonomía económica como un derecho de las mujeres, que genera condiciones para el acceso a los recursos económicos de manera libre, dando cumplimiento de sus responsabilidades económicas, sin la intervención de terceros.

Para contribuir al logro de la Autonomía Económica de las mujeres, el MAE desarrolla una estrategia de acceso al empleo y al autoempleo.

Para el autoempleo se desarrollan procesos de desarrollo empresarial tanto para MYPES ya existentes como para nuevos emprendimientos. En el marco de la Estrategia de Fomento al Emprendimiento de Honduras, se identifican cinco etapas de la cadena de emprendimiento: sensibilización, identificación, formulación, puesta en marcha y aceleración.

Honduras desarrolla su estrategia de emprendimiento, a partir de la Estrategia Regional de Emprendimiento del SICA, la cual establece una clasificación de los emprendimientos:

Emprendimiento por Necesidad: es una acción iniciada por personas que al momento de tomar una decisión de poner en marcha una actividad económica, lo hicieron motivados por falta de ingresos para la subsistencia. Estos emprendimientos pueden ser de dos tipos:

- Emprendimiento de Subsistencia: acciones empresariales dirigidas a generar ingresos diarios para vivir (autoempleo) son una planificación o

¹⁹ CEPAL. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe.

visión de crecimiento estructurada en el mercado y que tiende a no generar excedentes. La mayoría de usuarias del MAE (70%) se ubican en este nivel de emprendimiento, pues por lo general con mujeres desempleadas que buscan una oportunidad para la generación de ingresos por la vía del autoempleo de subsistencia.

- **Emprendimiento Tradicional:** Acciones empresariales dirigidas a la generación de ingresos que cuentan con una estructura organizacional y que utilizan el conocimiento técnico para la generación de excedentes que permiten la acumulación. Tienden a desarrollar la actividad en la formalidad en mercados y sectores tradicionales de la economía sin elementos diferenciadores en sus productos y servicios. En este nivel de emprendimiento se ubica una menor cantidad de mujeres que solicitan los servicios del MAE que también son atendidas en el CCM y que han alcanzado un mayor nivel en sus empresas.

Emprendimientos por Oportunidad: Acción empresarial iniciada por personas que al momento de tomar la decisión de poner en marcha una actividad económica, lo hicieron motivados por la identificación de una oportunidad de mercado.

- **Emprendimiento Dinámico:** Acciones empresariales con alto potencial de crecimiento donde el uso de conocimiento, la gestión tecnológica, el talento humano, el potencial de acceso a recursos de financiación/inversión y una figura de gobierno corporativo les permite generar una ventaja competitiva y diferenciación en sus productos y servicios.
- **Emprendimiento de Alto Impacto:** Acciones empresariales con capacidad para transformar y dinamizar las economías a través de procesos sistemáticos de innovación y generación de empleo. Es una empresa que crece rápida y sostenidamente, ya que cuenta con alto niveles de financiación o de inversionistas.

El MAE debería de perseguir la formación de mujeres empresarias que logren estar en estos niveles de emprendimiento. Se podría pensar que algunas usuarias podrían alcanzar estos niveles de crecimiento.

Cadena de valor del emprendimiento, tiene 5 etapas que se resumen a continuación:

Cuadro 1. Cadena de Valor del Emprendimiento

CADENA DE VALOR DEL EMPRENDIMIENTO	
Sensibilización	Se promueve la cultura de la innovación, la mentalidad emprendedora (transformación de paradigmas), se desarrollan habilidades gerenciales y capacidades creativas.

CADENA DE VALOR DEL EMPRENDIMIENTO	
Identificación	Se identifican y reconocen las oportunidades, problemas o necesidades del mercado a través de técnicas de observación, investigación, etnografía, caza-tendencias, estudios de prospectiva tecnológica e industrial, patentes caducadas, análisis de clusters, pensamiento de diseño, entre otras técnicas, para posteriormente diseñar una idea de negocio.
Formulación	Potencialización del grado de madurez de la iniciativa empresarial a través del diseño del modelo de negocio diferenciado, servicios de prototipado industrial versión comercial y laboratorios, para ser validados con pruebas de concepto del producto. Se verifica el cumplimiento con las necesidades de los clientes, fuentes de ingresos, procesos claves, canales de distribución, alianzas estratégicas, relación con los clientes, recursos claves, gastos.
Puesta en Marcha	Comienzo de la cooperación de la empresa en el mercado, desarrollando procesos de gestión comercial, es la etapa en la que se valida y se realizan ajustes permanentes para asegurar la innovación en el modelo de negocio.
Aceleración	Maximización del valor agregado de la compañía a través de la internacionalización y la innovación, orientando esfuerzos a consolidar el crecimiento sostenido de la empresa, a través de la búsqueda de socios estratégicos, atracción de capital y búsqueda de nuevos clientes a través de redes de contactos internacionales (diásporas).

Anexo 2. MARCO NORMATIVO

Para la protección de las mujeres la legislación hondureña cuenta con la Ley de Protección Social recientemente aprobada, que impulsa la implementación de planes para la creación de empleo y fomento del emprendedurismo para grupos vulnerables, entre los que se destacan las mujeres y la población joven, ofreciendo un marco favorable para impulsar acciones integrales orientadas a reducir la brecha desigual de participación laboral de las mujeres en relación a los hombres hondureños.

Esta ley aunque no es especialmente para las mujeres, puede ser retomada en las disposiciones para Impulsar la articulación y el incremento de la oferta pública y privada de recursos, servicios y oportunidades del desarrollo social y económico, de manera eficaz y eficiente, para garantizar el bienestar y la vida digna de las personas, las familias y las comunidades sujetos de atención de esta política, así como en el apoyo de manera especial a grupos sociales que por razones relacionadas con su edad, género, multiculturalidad, discapacidad, orientación sexual e identidad de género, condición serológica o por carencia de protección se encuentran excluidos, en situación de alto riesgo social o presenten daños que requieren una atención especial.

Dentro de sus principios esta ley establece los siguientes:

Integralidad para la promoción de la articulación de acciones del desarrollo social, a fin de producir sinergias que potencialicen las capacidades y amplíen las oportunidades de la población vulnerable y en condiciones de pobreza.

Inclusión Social, que es concebida como la capacidad del Estado y de la sociedad para generar las condiciones materiales y morales que permitan a los ciudadanos ser parte de una colectividad y de una organización social que garantice sus derechos de forma integral. Al mismo tiempo, la inclusión se propone como el ejercicio de una ciudadanía activa, en donde los sujetos establecen vínculos vitales con el propósito de participar en el desarrollo social, mediante el reconocimiento de la diversidad y la multisectorialidad.

Género: Se refiere a la variedad de funciones y relaciones socialmente construidas, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder relativo e influencia atribuidos a mujeres y hombres por razón de su sexo. El enfoque de género basado en derechos constituye una herramienta fundamental para la formulación y planificación de las políticas públicas, puesto que permite reconocer que mujeres y hombres cumplen funciones distintas, tienen acceso diferencial al manejo y control de los recursos y, por lo tanto, tienen necesidades y demandas igualmente diferenciadas. Al hacer visible la desigualdad y la discriminación sexual, por su condición de sexo, se crean las bases para el logro de una mayor equidad social.

Los sujetos de atención de esta política son los jóvenes, hombres y mujeres sin acceso a trabajo decente, personas trabajadoras del sexo, personas padeciendo enfermedades profesionales y sin acceso a servicios de previsión social eficientes. El plan debe complementar todas las políticas y estrategias nacionales relacionadas a temas específicos de la protección social tales como: la mujer (Política Nacional de la Mujer/ Plan Nacional de Prevención, Detección, la Atención de la Violencia hacia las Mujeres, II Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras 2008-2015, INAM)

Una Ley dirigida especialmente a la protección de las mujeres es la “Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer” hace referencia a la igualdad de Oportunidades en el Trabajo y las Seguridad Social, estableciendo en los artículos del 44 al 68, una serie de medidas para el cumplimiento de los derechos económicos de las mujeres, tanto en el ámbito laboral como empresarial. La Secretaría de Estado establece medidas que deben ser cumplidas por instituciones como la STSS y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) para favorecer especialmente a las mujeres. Entre estas medidas se destacan las siguientes:

- Exigencia de igual salario para hombre y mujeres cuando el trabajo sea igual.
- Ampliación del beneficio de la seguridad social a las mujeres del área rural y urbana en todo el país.
- No se permitirá ningún tipo de discriminación basada en género y edad, procurando igualdad de oportunidades y trato en el empleo, así como igualdad de oportunidades en aspectos de selección empleo, promoción, formación, educación y capacitación.
- Contratación en condiciones equitativas para hombres y mujeres, e igualdad de condiciones de trabajo y remuneración.
- Acceso para las mujeres que trabajan para el servicio doméstico a los servicios del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
- Responsabilidad del Estado en la promoción y protección efectiva de la mujer durante el embarazo y período postnatal, prohibiendo el trabajo que les afecte la salud.
- Acceso de las y los trabajadores de la industria manufacturera y las empresas agroindustriales a las prestaciones de la seguridad social que goza el sector formal.
- Derecho de las trabajadoras a licencias para diversas situaciones de salud, maternidad, adopción, etc.
- Igualdad de condiciones entre hombres y mujeres en relación al trabajo doméstico que se realiza en el hogar.
- Facilitar a las mujeres el acceso a créditos, tierra, tecnología, etc., en igualdad de condiciones. Se diseñarán mecanismos crediticios y de asistencia técnica con recursos locales e internacionales, para estimular el desarrollo empresarial.

- Los empleadores crearán lugares de trabajo que cumplan con las necesidades básicas como servicios sanitarios, comedores, enfermería, centros de cuidado infantil, etc.
- Se castigará el acoso sexual
- Promoción de la participación e integración plena de la mujer a nivel empresarial, eliminación de los obstáculos jurídicos, administrativos discriminatorios que limiten el acceso al crédito en condiciones de igualdad entre hombre y mujeres.
- Fomento del desarrollo de capacidades femeninas para el desarrollo de actividades tradicionales y no tradicionales, de la micro, pequeña, mediana y gran industria, con enfoques innovadores. También se apoyará las actividades industriales y agrícolas mediante el otorgamiento de créditos, capacitación y oportunidades de comercialización.
- Se fomentará la participación en cooperativas de producción
- Se mejorará la infraestructura y la gestión de mercados, servicios sociales, transporte, de tal manera que se contribuya a reducir la carga de trabajo y riesgos para su salud y la de su familia.

Para el fomento del Desarrollo Empresarial de la MIPYME, existen otras leyes y mecanismos que ya están operando y que aunque no favorecen especialmente a las mujeres, pueden ser aplicadas para el fomento del desarrollo empresarial de las mujeres, en la búsqueda de acceso al autoempleo.

La Secretaría de Desarrollo Económico en el marco de la Ley para el fomento y Desarrollo de Competitividad de la Micro, Pequeña y Mediana empresa (Decreto 135-2008), lidera la creación de la Red Nacional de emprendimiento de Honduras, bajo la cual se implementa la “ESTRATEGIA DE FOMENTO AL EMPRENDIMIENTO DE HONDURAS”, para el período 2014 – 2018.

Esta estrategia es el resultado del acuerdo tomado en diciembre del 2012 por los jefes de Estado y Gobiernos de la región SICA, para “Instruir al Centro para la Promoción de la Micro y Pequeña Empresa en Centroamérica (CENPROMYPE) a presentar en la XXIX Reunión Ordinaria, una propuesta de Estrategia Regional de fomento al Emprendimiento de Centroamérica y República Dominicana, e iniciar la ejecución del programa de Centroamérica y República Dominicana EMPRENDE, para coadyuvar a la implementación de nuevas iniciativas empresariales en la región”²⁰.

La estrategia identifica como las principales actividades económicas de Honduras, las relacionadas con el sector agropecuario, el comercio, manufacturas, finanzas y servicios públicos; retoma también algunos indicadores internacionales, analizados en el informe Doing Business, en donde el subíndice mejor calificado es la facilidad para conseguir crédito (posición 13 de 189). El Reporte Global de

²⁰ Estrategia de Fomento al Emprendimiento de Honduras PROHONDURAS- Secretaría de Desarrollo Económico SDE.

Competitividad ocupa posición 61 en el ranking de subíndices de 148 países analizados. Honduras tiene una posición ventajosa en relación al comercio internacional en comparación con el promedio regional. En el índice de

Emprendimiento y Desarrollo Global (GEDI), tiene fortalezas en las actitudes emprendedoras debido a la aceptación del riesgo, la percepción de habilidades, los competidores, el reconocimiento de oportunidades y los nuevos productos.

En este contexto Honduras impulsa la creación de la Red Nacional de Emprendimiento de Honduras, la cual es una instancia construida con entidades público-privada-academia-cooperantes que participan en la Estrategia de Emprendimiento de Honduras.

Dentro de esta estrategia se destaca como el problema central del emprendimiento, la “Baja capacidad de respuesta y debilidad institucional en el ecosistema de emprendimiento, en la industria de soporte, instrumentos financieros, articulación institucional, mentalidad-cultura y sistema educativo. En este marco, se priorizan dos problemas estructurales del país por cada uno de los ejes.

Los ejes y sus objetivos estratégicos se detallan a continuación:

- **Industria de Soporte**

Objetivo: Fortalecer la Industria de Soporte al Emprendimiento con ofertas de servicios novedosos y marcos legales que favorecen e incentivan a las y los emprendedores/as.

Este Eje busca el apoyo técnico necesario a través de la creación y fortalecimiento de un programa nacional de incubación y aceleración de empresas, financiados por la red Público-Privado-Academia y Cooperantes, así como programas de fortalecimiento en las instituciones de apoyo como Universidades, CDE-MIPYME, Organizaciones Gremiales, ONG’s, para prestar nuevos y mejores servicios al emprendedor a través de incubadoras, Aceleradoras de empresas, laboratorios de innovación y servicios de desarrollo empresarial. Y en lo referente al marco regulatorio se concentrarán esfuerzos importantes para promover un ambiente favorable para la creación de negocios, reduciendo los costos, trámites y tiempos para la legalización y liquidación de empresas, reduciendo la carga impositiva para las nuevas empresas en los primeros cinco (5) años de existencia.

- **Financiación**

Objetivo: Incrementar la oferta de instrumentos y productos financieros para el apoyo al emprendimiento en todas sus etapas.

Prioriza el fomento de la cadena de financiación al emprendimiento en la cual se hace imperativo la creación de un fondo de capital semilla para emprendedores de impacto social, crear incentivos y demás estímulos para la creación de redes de inversionistas, Fondo de Capital de Riesgo para la aceleración de

emprendimientos y definir las reglas para que los emprendimiento puedan permear el mercado de capitales.

- Mentalidad y Cultura

Objetivo: Incrementar la mentalidad y cultura de emprendimiento e innovación en los ciudadanos y ciudadanas e instituciones públicas y privadas que estimule la creación de empresas.

Promueve el espíritu emprendedor en todos los niveles del sistema educativo, promocionando la importancia del emprendimiento generando mentalidad y cultura favorable a través de medios masivos de comunicación, incentivar desde las primeras etapas del emprendimiento en enfoque hacia mercado globales.

- Sistema Educativo

Objetivo: Tener adecuados enfoque pedagógicos, herramientas y procesos de formación en emprendimiento e innovación en el sistema educativo.

Promoverá la creación de instrumentos metodológicos y pedagógicos que permitan fomentar el emprendimiento en el sistema educativo a través de instrumentos como programas, talleres, seminarios conferencias, apoyo a la investigación y desarrollo de charlas, herramientas tecnológicas, y contenidos que promuevan el emprendimiento en todos los niveles educativos.

- Articulación Institucional

Objetivo: Promover espacios de articulación y acción colectiva entre los actores público, privados, academia y cooperantes del ecosistema nacional de emprendimiento.

Este eje facilita la focalización de los roles de las instituciones bajo una lógica de interdependencia, para identificar el grado de especialización de cada programa y las posibles interacciones, a través de la identificación de los tipos de emprendimiento desatendidos, segmentos de emprendedores son oferta de programas de apoyo, etapas desatendidas por las entidades de apoyo de acuerdo a la antigüedad del emprendimiento, así como una concentración de recursos en algunas etapas y falta de recursos en otras.

La Secretaría de Desarrollo Económico (SDE) delegó a la subsecretaria de Micro, Pequeñas y Medianas Empresas (MIPYME-SSE) para promover y coordinar la construcción de una estrategia de fomento al emprendimiento, reconociendo que el emprendimiento es un elemento fundamental para el desarrollo Económico y social del país, elevando la misma a una Política pública de Fomento al Emprendimiento en Honduras. Es así como se crean los CDE-MIPYME, los cuales están legalizados mediante una unión de socios (tipificada en la ley del sector social de la economía), y son estructuras público-privadas-academia como modelo de generación de desarrollo empresarial en las regiones priorizadas de acuerdo al Plan de Nación y Visión de País.

Los CDE-MIPYME se crearon por decreto de ley en el año 2008, estableciéndose 7 programas que debe desarrollar:

1. Programa Nacional de Capacitación
2. Entorno institucional y legal
3. Servicios financieros
4. Cooperación empresarial
5. Promoción de mercados y exportaciones
6. Cultura empresarial
7. Apoyo a los emprendedores

Por medio de la “Ley de apoyo Financiero para los Sectores Productivos de Honduras, instituciones financieras crediticias como el Banco Nacional de Desarrollo Agrícola BANADESA, tiene el mandato de canalizar recursos crediticios para favorecer el acceso al crédito de la población marginada del crédito bancario, contando con recursos para apoyar el microcrédito, pudiendo acceder a mayores recursos para este fin de acuerdo a la demanda, y de la evaluación y análisis del Banco Hondureño para la Vivienda BANHPROVI que es una institución fiduciaria, que apoya a instituciones bancarias que a su vez apoyan a los sectores productivos de Honduras”²¹.

Honduras también cuenta con la institución BANCA SOLIDARIA, la cual ha sido creada por el estado para atender las necesidades crediticias de las y los microempresarios/as sin acceso al crédito.

²¹ Ley de Apoyo Financiero para los Sectores Productivos de Honduras. Decreto No. 175-2008, de fecha 18 de diciembre de 2008.

Anexo 3. PROGRAMAS DE GOBIERNO

Con Chamba Vivís Mejor

Es un incentivo que consiste en un desembolso de la mitad del salario mínimo promedio por cada nuevo empleo que genera la empresa, este incentivo será entregado durante el periodo de prueba (2 meses), se dará un mes más de subsidio a la empresa beneficiarias quienes deberán mantener el 70% de los beneficiarios una vez concluido el periodo de prueba.

Está destinado a en situación de desempleo. Es necesario que las participantes sean registradas en el SENAEH. Las empresas que participan en este programa deben garantizar trabajo permanente, seguridad social de la trabajadora, deben proporcionar al menos salario mínimo y un contrato por tiempo indefinido de trabajo.

Chambita

Consiste en proporcionar un incentivo económico para la formación y capacitación vocacional la cual es desarrollada por el INFOP, y capacitación empresarial que la proporcionará el CDE-MIPYME. La capacitación se brindará a las mujeres, a partir de la demanda laboral de las empresas y de las aptitudes laborales de ellas.

El apoyo económico se brinda por un período de dos meses, tiempo durante el cual la usuaria recibe capacitación vocacional o empresarial. El monto es de dos mil lempiras mensuales por el mismo periodo, los cuales serán utilizados para el pago del transporte y alimentación. El incentivo se paga en forma mensual para garantizar la continuidad y culminación del proceso de capacitación. También se incluyen 210 Lempiras mensuales para un seguro médico con asistencia médica de primer nivel.

Luego de la formación recibida, el SENAEH les da seguimiento a las usuarias con el propósito de realizar el proceso de colocación en las empresas o derivarlas para el autoempleo.

Las usuarias reciben capacitación en áreas como asistencia psicológica y orientación para el empleo o auto empleo, habilidades para la vida y desarrollo de competencias laborales básicas, certificación de las competencias adquiridas, asistencia y asesoría para la búsqueda de empleo o emprendedurismo y auto empleo y capacitación técnica.

Anexo 4. Guión de entrevista de la orientación laboral

Paso 1: Introducción y autoidentificación de necesidades de atención por parte de la usuaria

Buenos días (Nombre de la usuaria). La finalidad de este intercambio de información durante la entrevista es conocer sus necesidades de atención y elaborar una hoja de ruta de servicios que responda a esas necesidades. Este es un espacio privado y confidencial, por lo que puede sentirse en libertad de hablar de los problemas que afectan su vida actualmente, preguntar sobre los servicios que ofrecemos o pedir aclaración sobre cualquier aspecto que considere pertinente.

La entrevista durará unos 20 minutos aproximadamente.

Paso 2. Preguntas específicas

Situación familiar

1. ¿Cuántas y cuáles personas dependen económicamente de usted actualmente? (hijas e hijos (especifique la edad), hermanos/as, padre/madre...).
2. ¿Y cuántas y cuáles dependen de sus cuidados (hacer la comida, lavar la ropa, asistir en las tareas de la escuela, etc.)?

Ingresos

3. ¿Tiene algún tipo de ingreso económico? En caso positivo, de que fuentes (remesas, transferencias condicionadas, salario, dividendos de un negocio, etc.)
4. ¿Cómo se siente respecto a los ingresos que percibe actualmente?

Deudas

5. ¿Tiene usted deudas pendientes (ya sea con amistades/familiares, prestamista, entidad financiera, etc.)?
6. ¿Las adquirió para realizar algún tipo de inversión o mejora o bien por razones de subsistencia?
- 7-¿Estima que se encuentra en condición de saldarlas o liquidarlas a corto plazo?
8. ¿Cómo se siente respecto a esta situación y cuáles son sus planes al respecto?

Vivienda

9. ¿Tiene vivienda propia?, en ese caso ¿está a su nombre? Si no fuera así ¿tiene que pagar una renta por el domicilio en el que vive? O bien ¿reside con sus padres u otro familiar?
10. ¿Cómo se siente respecto al espacio en el que reside y cuáles son sus planes al respecto?

Para las que trabajan actualmente

11. ¿Trabaja para una empresa o tiene un negocio propio o familiar?
12. ¿Hace cuánto tiempo?
13. ¿Tiene algún tipo de contrato?
14. ¿Qué necesita mejorar de su situación laboral o empresarial actual? (lograr una promoción, cambiar de trabajo, trabajar por cuenta propia o, por el contrario, dejar de hacerlo y buscar un empleo, etc.)

Para las que no trabajan actualmente

15. ¿Ha trabajado alguna vez de forma asalariada? ¿o ha trabajado por su cuenta?
16. ¿Hace cuánto tiempo del último de ellos?
17. ¿Por qué dejó ese trabajo? (usted se fue, la despidieron, la empresa o el negocio quebró, etc.)
18. ¿Está buscando empleo en una empresa o desea emprender un negocio? ¿De qué tipo?

Necesidades de capacitación técnica laboral

19. ¿Ha sido capacitada para ejercer algún oficio o profesión?
20. ¿Ha trabajado de lo que aprendió? Si----- no ----- ¿Por qué?

Emprendimiento/ Negocio existente de un negocio o ya lo tiene

21. ¿Ha recibido alguna capacitación o asesoría para iniciar o mejorar su negocio?
22. ¿Estima que necesitaría alguna capacitación o asesoría? ¿De qué tipo?
23. ¿Ha recibido alguna ayuda financiera?
24. ¿Estima que necesitaría alguna financiación adicional? ¿De qué tipo y cuantía?

Proyecto

25. ¿Cuál es el proyecto más importante que tiene usted ahora? ¿Tiene más o menos claro qué desea conseguir?
26. ¿Y qué dificultades considera que necesita superar?
27. ¿Cómo piensa que podemos ayudarle?

Disponibilidad/compromiso

28. ¿Tiene usted disponibilidad para participar en talleres, cursos y asesorías en Ciudad Mujer?
29. ¿Qué días, en qué horarios?
30. ¿Está dispuesta a comprometerse en participar en aquellas actividades que, de acuerdo con usted, se estimen como necesarias para su proyecto?

Anexo 5. FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA LABORAL EN EL MAE – SECRETARÍA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIALⁱ

1. ¿Ha sido hostigada sexualmente en anteriores y/o actual lugar de trabajo?

1. Ha enfrentado algunas de las siguientes situaciones en anteriores y/o actual lugar de trabajo?

Situaciones de violencia laboral	Trabajos anteriores		Actual lugar de trabajo	
	Si	No	Si	No
Intimidaciones, violencia verbal				
Restricciones para pertenecer a una organización que defiende los derechos de las y los trabajadoras/es.				
No pago de salario mínimo completo				
Falta de acceso a las prestaciones de la seguridad social				
Falta de protección a la maternidad				
Ausencia de garantías de salud ocupacional, incluyendo de protección de riesgos, enfermedades y trastornos físicos y/o emocionales asociados al tipo de trabajo.				
No indemnización de daños asociados al trabajo.				
Otra situación que haya afectado sus derechos como trabajadora? Especificar				

Anexo 6. FICHA DE REFERENCIA EXTERNA EN CM HONDURAS

Referencia externa	
CM y el personal que refiere	Nombre, puesto del RRHH Nombre del CM y dirección Acuerdo telefónico realizado (Si, No), teléfono, Fax y/o correo electrónico
Servicio al que fue referida la usuaria	Nombre Dirección
Datos generales de la usuaria	Nombre Código asignado/ Número de expediente Edad Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente) Dirección
Resumen del caso	Historia Social y Laboral Servicios ofrecidos en CM Razones de la referencia Documentos anexos a la referencia
Datos de la referencia	Nombre, firma y fecha de la referencia
Contrareferencia	
Datos de la institución y persona que completa la ficha de contrareferencia	Nombre de la institución, teléfono, fax, correo electrónico Nombre del RRH, puesto, especialidad Fecha
Datos generales de la usuaria	Nombre Código asignado/ Número de expediente Edad Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente) Dirección
Personal que atendió a la usuaria	Nombre, especialidad y fecha
Servicios prestados y principales hallazgos	Laborales Legales Sociales Otros (especificar)
Necesidades de seguimiento	
Referencia a:	Retorno a – indicar nombre de la proveedora a que se retorna la referencia
Datos de la contrareferencia	Nombre, firma y fecha de la contra referencia

Necesidades de seguimiento	
Referencia a:	Retorno a – indicar nombre de la proveedora a que se retorna la referencia
Datos de la contrareferencia	Nombre, firma y fecha de la contra referencia

Anexo 7. FICHA DE REFERENCIA INTERNA- INTERMÓDULOS EN CM HONDURAS

Datos generales de la usuaria	<p>Nombre</p> <p>Código asignado/ Número de expediente</p> <p>Edad</p> <p>Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente)</p>
Módulo e institución a la que se refiere la usuaria	<p>MVCM</p> <p>MSSR</p> <p>MVCM</p> <p>Nota: Especificar la institución dentro del módulo en cuestión</p>
Resumen del caso	<p>Historia Social y Laboral</p> <p>Servicios ofrecidos en CM</p> <p>Razones de la referencia</p> <p>Documentos anexos a la referencia</p>
Motivo de la referencia	
Personal que atendió a la usuaria	Nombre, especialidad, módulo y fecha

Anexo 9. LISTADO DE REQUERIMIENTOS DE EQUIPO DEL MAE

AREA	MAQ Y EQUIPO	EQ INFORMÁTICO	MOBILIARIO DE OFICINA
Oficina de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social (STSS)		3 CPU 3 Monitor 3 Teclado 3 UPS	2 Archivador metálico de 4 gavetas 2 Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas 3 Silla secretarial ergonómica 6 Silla de espera metálica
Oficina del Centro de Desarrollo Empresarial (SDE/MIPYME)	1 Impresora multiusos	2 CPU 2 Monitor 2 Teclado 2 UPS	2 Archivador metálico de 4 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas 2 Silla secretarial ergonómica 4 Silla de espera metálica Rotafolio acrílico con marco de aluminio
Oficina del Instituto de Formación Ocupacional (INFOP)		1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	1 Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas 1 Silla secretarial ergonómica 2 Silla de espera metálica
Oficina de Banca Solidaria (BANCA SOLIDARIA)		2 CPU 2 Monitor 2 Teclado 2 UPS	2 Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas 2 Silla secretarial ergonómica 2 Silla de espera metálica
Oficina de la Secretaría de Educación (SEDUC)		1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	1 Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas 1 Silla secretarial ergonómica 2 Silla de espera metálica
Oficina multiusos para uso del Registro Nacional de las Personas (RNP)		1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	1 Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas 1 Silla secretarial ergonómica 2 Silla de espera metálica
OFICINA MULTIUSOS		1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	1 Locker 1 Porta banner
LABORATORIO DE CÓMPUTO	1 Extintor	25 CPU 25 Monitor 25 Teclado	1 Mesa plegable plástica Muebles para computadora de madera 25 Silla secretarial ergonómica

		25 UPS	
SALAS DE CAPACITACIÓN	3 Pantallas 3 Proyectores		30 Mesas plegables plásticas Rotafolio acrílico de marco de 3 aluminio 8 Silla de espera de polipropileno 247 Silla de espera de polipropileno 3 Pizarra acrílica
COCINA	6 Cafetera 2 Microondas 1 Cocina 1 Refrigerador		3 Estantes metálicos de 5 niveles
PASILLO	4 Oasis 4 Extintor		43 Silla de espera de poliuretano
ADMINISTRACIÓN	1 Aire acondicionado		

GLOSARIO

● **Autonomías de las Mujeres: Física. Económica y Política**

- Autonomía Física de las mujeres se expresa en dos dimensiones que dan cuenta de problemas sociales relevantes, como son: el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres y la violencia de género.
- Autonomía Política: se refiere a la presencia de las mujeres en los distintos niveles de los poderes del Estado y a las medidas orientadas a promover su participación plena en igualdad de condiciones.
- Autonomía Económica: La capacidad de las mujeres de generar ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres. Considera el uso del tiempo y la contribución de las mujeres a la economía.

● **Asistencia Técnica empresarial**

Se refiere a un servicio técnico, en temas muy especializados, que requiere el emprendedor o la MYPE, que normalmente es brindado por instituciones socias o subcontratadas. Por ejemplo asistencia para el diseño de imagen, estudio de mercado, uso de tecnologías de información, etc.

● **Emprendimiento**

Es una manera de pensar y actuar orientada hacia la creación de riqueza para aprovechar las oportunidades presentes en el entorno o para satisfacer las necesidades de ingresos personales generando valor a la economía y a la sociedad.

● **Ecosistema de Emprendimiento**

Es la comunidad de negocios, apoyada por un contexto público de leyes y prácticas de negocios formada por una base de organizaciones y personas interactuantes que producen y asocian ideas de negocios, habilidades, recursos financieros y no financieros que resultan en empresas dinámicas.

● **Empleabilidad**

Potencial que tiene o que desarrolla la mujer para ser solicitada o elegida por una empresa o institución empleadora; para ser contratada cumpliendo una función especial.

● **Empoderamiento de las Mujeres**

En un primer momento este término fue acuñado en la IV Conferencia Mundial de Beijing en 1995 para referirse al aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder. Actualmente, esta expresión conlleva también otra dimensión que está relacionada con la toma de conciencia del poder individual y colectivo que ostentan las mujeres y que tiene que ver con la

recuperación de la propia dignidad de las mujeres como personas. En ese sentido, el empoderamiento conlleva la adquisición de recursos y habilidades personales para poner fin a las situaciones injustas en las que viven las mujeres para que puedan formar parte de la sociedad como ciudadanas de pleno derecho en igualdad real de condiciones.

● **Inclusión Social**

Es un concepto promovido por la Unión Europea (UE), quién la define como un “proceso que asegura que aquellos en riesgo de pobreza y exclusión social, tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural disfrutando un nivel de vida y bienestar que se considere normal en la sociedad en la que ellos viven”.

Por lo tanto, se entiende por inclusión social como un concepto normativo que pone énfasis en el derecho de las mujeres de “tener una vida digna como parte de la sociedad”.

● **Igualdad Sustantiva**

El principio de igualdad ante la ley no exige que el derecho y las políticas públicas traten a hombres y mujeres como si fueran idénticos. La igualdad, según la teoría de los derechos humanos, exige tratamiento no discriminatorio y acción estatal, es decir, exige un tratamiento que redunde en el goce pleno de los derechos humanos para hombres y mujeres de todas las edades, razas y capacidades. Es decir, el principio de igualdad requiere que a veces se les dé un tratamiento idéntico a hombres y mujeres y a veces, un tratamiento distinto que parte del reconocimiento de sus diferencias.

La igualdad sustantiva es un derecho humano en sí, y además, un valor esencial de los derechos humanos que toma en cuenta el impacto de los factores biológicos y sociales por los cuales las mujeres en ocasiones tengan ciertas ventajas para corregir la histórica desigualdad que han padecido ya que de no hacerlo, la igualdad significaría perpetuar las diferencias existentes y no acortar las brechas de género.

● **Intermediación Laboral**

Acciones y gestiones que realiza el MAE para acercar la oferta laboral de las mujeres que ingresan al módulo con la demanda de las Instituciones o empresas.

● **Microempresa**

Persona natural o jurídica que opera en los diversos sectores de la economía, a través de una unidad económica con un nivel de ventas brutas anuales hasta 482 salarios mínimos mensuales y que cuenta hasta con 10 trabajadores.

● **Trabajo Decente**

Es el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos. El empleo es definido como "trabajo efectuado a cambio de pago (salario, sueldo, comisiones, propinas, pagos a destajo o pagos en especie)" sin importar la relación de dependencia (si es empleo dependiente-asalariado, o independiente-autoempleo)²².

● **Violencia laboral/en el lugar de trabajo.**

Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. i) La violencia interna en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores; ii) La violencia externa es la que tiene lugar entre trabajadores (y directores y supervisores) y toda otra persona presente en el lugar de trabajo²³.

ⁱ Adaptado de: United States Department of Agriculture (2001). The USDA Handbook on Workplace Violence Prevention and Response. <http://www.dm.usda.gov/workplace.pdf>

²² OIT, en América Latina y El Caribe

²³ OIT. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente (8-15 de octubre de 2003). http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf

**PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA MSSR**

CIUDAD MUJER/ HONDURAS

ENERO 2016

Elaborado por Fundación PLENUS y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con la participación de: la Secretaría de Salud -SESAL.

En la coordinación del Equipo de País participaron la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social –SEDIS, el Instituto Nacional de la Mujer (INAM) y el Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras.



ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

PRESENTACIÓN

1. OBJETIVOS DEL MSSR	2
1.1. OBJETIVOS GENERALES	2
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS	3
3. INSTITUCIÓN COORDINADORA, DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS	5
3.1. INSTITUCIÓN COORDINADORA.....	5
3.2. OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS	5
3.2.1. Oferta de servicios	7
3.2.2. Conjunto de prestaciones de salud sexual y reproductiva.....	12
3.2.3. Tipificación de la demanda de servicios	26
4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MSSR.....	26
4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS DEL MSSR.....	26
4.2. FLUJOGRAMA	30
5. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RESPUESTA A LA REFERENCIA)	31
5.1. SISTEMA DE REFERENCIA INTERNA EN CM-INTERMÓDULOS	31
5.2. SISTEMA DE REFERENCIA EXTERNA A CM	33
5.2.1. Proceso de atención a usuarias que ingresan por referencia	34
5.2.2. Criterios para referir a usuarias a otros establecimientos de salud	34
5.2.3. Proceso de atención a usuarias referidas a otros establecimientos de salud de mayor complejidad.....	34
5.2.4. Seguimiento de referencias, usuarias agendadas y faltistas	34
6. PERSONAL QUE INTEGRA EL MSSR	36
7. EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MSSR.....	41
7.1. MEDICAMENTOS	41
7.2. OTROS INSUMOS	43
8. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	43
9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA.....	49
ANEXOS.....	50

ÍNDICE DE CUADROS

- Cuadro 1. Principio y consideraciones éticas
- Cuadro 2. Listado de servicios ofrecidos
- Cuadro 3. Descripción de oferta de servicios del MSSR
- Cuadro 4. Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional
- Cuadro 5. Actividades a realizar durante los controles prenatales
- Cuadro 6. Actividades a realizar durante el control puerperal
- Cuadro 7. Atención integral y diferenciada de adolescentes
- Cuadro 8. Otras Acciones de SSR más frecuentemente en Mujeres en edad reproductiva.
- Cuadro 9. Atención de usuarias con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial
- Cuadro 10. Atención integral de usuarias víctima de violencia
- Cuadro 11. Descripción de pasos del flujograma
- Cuadro 12. Intersecciones del MSSR con otros módulos de CM
- Cuadro 13. Listado y funciones del equipo multidisciplinario y especializado que integra el MSSR
- Cuadro 14. Insumos mínimos requeridos
- Cuadro 15. Detalle de papelería necesaria
- Cuadro 16. Indicadores de monitoreo y evaluación del MSSR

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Flujogramas parciales de atención del MSSR
- Figura 2. Flujograma general de atención del MSSR
- Figura 3. Operativización de la referencia y retorno del MSSR y de la RISS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfica 1. Porcentaje de adolescentes embarazadas o con hijos, por departamento, Honduras, ENDESA 2013.
- Gráfica 2. Porcentaje de mujeres casadas/unidas con necesidad insatisfecha de anticoncepción, por departamento, Honduras, ENDESA 2013.
- Gráfica 3. Prevalencia de métodos anticonceptivos de mujeres en unión, por departamento, Honduras, ENDESA 2013.
- Gráfica 4. Distribución de la razón de mortalidad materna por departamentos, Honduras, año 2010.

LISTADO DE ANEXOS:

- Anexo 1. Marco Conceptual
- Anexo 2. Marco Legal
- Anexo 3. Situación de Salud Sexual y Reproductiva del país
- Anexo 4. Guía de preguntas de la orientadora para exploración
- Anexo 5. Hoja de tamizaje de violencia
- Anexo 6. Solicitud de ultrasonido obstétrico y ginecológico
- Anexo 7. Solicitud de ultrasonografía de mamas
- Anexo 8. Hoja de atención preconcepcional
- Anexo 9. Hoja de atención materna
- Anexo 10. Hoja de atención a la mujer durante el puerperio
- Anexo 11. Control subsecuente a la mujer durante el puerperio
- Anexo 12. Atención para la planificación familiar
- Anexo 13. Ficha de referencia interna-intermódulos en CM Honduras
- Anexo 14. Hoja de referencia y contrareferencia externa
- Anexo 15. Registro para el control de las referencias en CM Honduras
- Anexo 16. Hoja de tamizaje de cáncer de cérvix
- Anexo 17. Listado de requerimientos de equipo del MSSR

SIGLAS Y ACRONIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
AGI	Area Geográfica de Influencia
ASIS	Análisis de la situación integral de salud
BID	Banco Interamericano de desarrollo
Ca	Cáncer
CPSG	Conjunto de Prestaciones de Salud a Garantizar
DDHH	Derechos humanos
DIU	Dispositivo intrauterino
DM	Diabetes mellitus
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ESE	Equipo de salud especializado
HTA	Hipertensión arterial
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVAA	Inspección visual con ácido acético
LAC	Latinoamérica y El Caribe
MAI	Módulo de Atención Infantil
MSSR	Módulo de salud sexual y reproductiva
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS/OMS	Organización Panamericana de la salud/Organización mundial para la salud
PAP	Examen citológico de Papanicolaou
PF	Planificación Familiar
RISS	Red integrada de servicios de salud
RN	Recién Nacido/a
RRHH	Recursos humanos
SGC	Sistema de gestión de calidad
SESAL	Secretaria de Salud
SNS	Sistema nacional de salud
SSR	Salud sexual y reproductiva
TIC	Tecnologías de la información y de la comunicación
UdS	Unidad de salud
UNIFEM	Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer
USG	Ultrasonografía
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana
VCM	Violencia contra la mujer
VPH	Virus del papiloma humano

PRESENTACIÓN

Para mejorar la calidad de vida de las mujeres, Ciudad Mujer (CM) cuenta con el Módulo de Salud Sexual y Reproductiva (MSSR), contribuyendo al ejercicio de la sexualidad de manera segura, saludable y satisfactoria, el manejo de la reproducción y a la reducción de la mortalidad femenina y materna, por medio de la prestación de servicios de salud especializados.

La salud sexual y reproductiva (SSR) aborda la dimensión de la salud en las relaciones sexuales, en la reproducción humana y la procreación.

El MSSR está basado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con un enfoque Integral e Integrado, a lo largo del curso de vida de la mujer. Uno de los pilares fundamentales de esta estrategia es el enfoque intersectorial que incorpora un abordaje de determinantes sociales de la salud a través de la sinergia que este módulo establece con la red de prestadores de servicios de salud del territorio, que va desde la comunidad hasta los niveles de mayor complejidad, y también a través de la coordinación con el resto de módulos que integran CM.

El MSSR está en el marco jurídico del Conjunto de Prestaciones de Salud a Garantizar (CPSG) definidos por la SESAL cuyos principios son los siguientes:

1. La salud como un derecho.
2. El énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y del daño.
3. El enfoque de género y generacional (curso de vida).
4. El enfoque de interculturalidad.
5. La atención integral, continua, completa y equitativa.
6. La oportunidad y la solidaridad.

El MSSR será un establecimiento de salud del primer nivel de atención, Tipo 3 (Policlínico) según complejidad, público sin fines de lucro, en el que se brinda atención y proveen servicios con el fin de proteger la salud de la mujer del territorio asignado al CCM, ajustado al conjunto de prestaciones de SSR y a su horario de funcionamiento.

Con el fin de disminuir la mortalidad materna, así como, la mortalidad de las mujeres por cáncer de cérvix y de mama, y las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), los servicios brindados en el Módulo son: Atención preconcepcional, prenatal y posnatal, promoción entre las adolescentes de actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su SSR, atención al climaterio y la menopausia, detección temprana de cáncer de cérvix y mama, acciones de información, educación sexual y atención en SSR orientados a las mujeres, servicios de Planificación Familiar (PF), prevención, detección y atención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH, acciones de prevención y atención de la violencia y atención a los niñas/os que acompañan a usuarias al CM.

Su implementación estará respaldada por los instrumentos legales pertinentes que establecerán claramente las prestaciones que serán garantizadas por la SESAL y la organización de los servicios o establecimientos responsables de su provisión.

El presente Protocolo normará el funcionamiento del Módulo y deberá ser revisado al menos cada dos años. La entidad Coordinadora del Módulo será la entidad reponsable de su actualización y deberá socializarlo con la entidad gestora del Programa CM en Honduras

1. OBJETIVOS DEL MSSR

1.1. OBJETIVOS GENERALES

Facilitar la atención integral de la salud de las mujeres, con énfasis en la SSR.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Contribuir a disminuir los niveles de morbi-mortalidad materna, brindando servicios de atención preconcepcional, la inscripción precoz del embarazo, puerperio y recién nacido/a promoviendo la asistencia calificada del parto y la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

1.2.2. Lograr que todas las mujeres que acceden a CM en edad reproductiva puedan ejercer su derecho a la planificación voluntaria de su familia, mediante el acceso oportuno a información completa y veraz, a servicios de calidad y a la provisión gratuita de anticonceptivos modernos,

1.2.3 Disminuir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo la sífilis y el VIH, por medio de estrategias de prevención, información, detección precoz y de tratamiento adecuado y oportuno con énfasis en mujeres adolescente promoviendo actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su salud sexual y reproductiva.

1.2.4. Mejorar el acceso a servicios de prevención (VPH), detección temprana y tratamiento oportuno de cáncer de cérvix y mama.

1.2.5. Mejorar la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres con trastornos relacionados a la SSR, climaterio y menopausia con énfasis en estilos de vida saludable, incluyendo la atención de usuarias con diabetes mellitus e hipertensión arterial.

1.2.6. Atender la SSR de las adolescentes, incluyendo la educación sexual y servicios para el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de morbi-mortalidad de las adolescentes¹.

¹ La atención a adolescentes va a ser realizada a través de un módulo específico que coordinará con el MSSR, las acciones de atención a la SSR de las adolescentes, las que serán definidas en el Modulo de Atención a Adolescentes (MAA).

1.2.7. Desarrollar acciones de prevención y detección de VCM y brindar atención integral, oportuna y calificada a mujeres sobrevivientes de VCM en coordinación con el Módulo de Atención de la Violencia.

2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

La atención de la SSR para la mujer en el MSSR se basa en los siguientes principios: No discriminación, gratuidad, intersectorialidad, solidaridad, transparencia, compromiso, confidencialidad, calidad y equidad; los cuales son los trazadores de los servicios de salud integral e integrada. Las acciones para operativizar estos principios son diversas se llevan a cabo en distintos ámbitos y procesos de la atención.

Cuadro 1. Principio y consideraciones éticas

PRINCIPIO	ACCIONES
No discriminación	<p>Los servicios se ofrecen bajo estándares nacionales e internacionales de derechos humanos, sin discriminación y no se rehúsa atención a las mujeres por características como la pertenencia étnica, estatus socioeconómico o capacidad de pago, estado civil, edad, ocupación, estatus migratorio, creencias religiosas, capacidades especiales, estado de salud (vivir con VIH), orientación sexual, identidad de género, lugar de residencia, u otra condición.</p> <p>A todas las usuarias se les debe ofrecer la misma calidad de atención y deben ser tratadas con justicia, sin ser estigmatizadas o culpabilizadas, incluyendo justificaciones asociadas a la edad (mujeres jóvenes), vínculo con personas en conflicto con la ley (miembros de pandillas), condición de migrante retornada, entre otros.</p> <p>Eliminar las barreras de acceso geográfico, económico, cultural y social que restringen la utilización de los servicios por parte de poblaciones específicas.</p>

PRINCIPIO	ACCIONES
Confidencialidad y privacidad	<p>La información sobre la atención a la salud de la mujer debe ser recogida, usada y guardada de forma confidencial incluyendo en las instancias de referencia interna y externa.</p> <p>Compartir información de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por CM, después de obtener el consentimiento de la usuaria.</p> <p>Implementar mecanismos para resguardar la información disponible en físico y sistemas electrónicos.</p> <p>Asegurar la confidencialidad de información referida a condiciones específicas como el estatus serológico de VIH.</p> <p>La provisión de servicios se realiza en un espacio privado.</p>
Autodeterminación	<p>Mecanismos para que la usuaria tome sus propias decisiones, incluyendo las relativas a su SSR, seguir determinados procedimientos médicos, psicológicos. La usuaria debe otorgar consentimiento informado para tratamientos antes de que éstos sean iniciados.</p> <p>Medidas para asegurar la participación de las usuarias en decisiones que tienen implicaciones para sus vidas y en los procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación del MSSR.</p>
Calidad de la atención	<p>Los servicios deben ser de calidad, disponible, con adecuadas capacidades resolutorias, accesibles, aceptables y sensibles a la diversidad cultural, necesidades especiales (mujeres con capacidades especiales).</p>
Atención especializada con recursos humanos con competencias clave	<p>El personal de salud debe estar capacitado a nivel avanzado en atención integral e integrada en salud principalmente la SSR, incluyendo conocimiento de las mejores prácticas a nivel mundial y estándares internacionales. La capacitación debe ser sistemática, como parte de procesos de mejora continua de la atención.</p>

Fuentes: WHO, 2014; AIDSTAR-One, 2013; Vázquez M y Hale F, 2011; Luciano D, 2009.

3. INSTITUCIÓN COORDINADORA, DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

3.1. INSTITUCIÓN COORDINADORA

La institución responsable de la organización y funcionamiento del Módulo de Salud Sexual y Reproductiva dentro de CM es SESAL en coordinación con la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS).

3.2. OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

El MSSR funciona como un establecimiento del Primer Nivel de Atención de mayor complejidad (complejidad 3), ambulatorio, urbano, cabecera y centro de referencia de la Red a la que pertenece, por lo que atiende referencias de mujeres de los establecimientos Tipo 1 y 2.

Cuenta con un horario de consulta externa de 8 horas, con servicios de apoyo diagnóstico de: laboratorio de mediana complejidad, radiología simple y ultrasonido de ginecoobstetricia, colposcopia, mamografía, electrocardiografía, monitoreo fetal.

El MSSR, es responsable de satisfacer las necesidades de salud de las mujeres del espacio-población bajo su responsabilidad, realiza acciones de promoción, y protección de la salud; de prevención y control de enfermedades prevalentes y de daños a la salud y; de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades de mayor severidad a las que atienden los centros de salud Tipos 1 y 2.

El Equipo de Salud Especializado (ESE) estará conformado mínimamente por mujeres profesionales de salud en gineco-obstetricia, medicina interna, pediatría, medicina general, enfermería, odontología, nutrición, psicología, microbiología, educación para la salud o trabajadora social, estadística y una médica especialista en salud pública responsable de la coordinación y gestión del MSSR.

Las actividades generales a desarrollar por el ESE del MSSR son:

1. Conocer el Análisis de Situación de Salud Integral (ASIS) del territorio y participar en las actividades de la Red de Servicios de Salud con el objetivo de integrar, coordinar, planificar y ejecutar las diferentes acciones a través de los Establecimientos de Salud y hospitales de la RIISS del SNS.
2. Elaborar la programación mensual contemplando acciones previamente coordinadas con equipos de los diferentes módulos del Centro (Infantil, Violencia, Adolescentes, etc.) y los Establecimientos de Salud de su territorio y los hospitales de referencia.
3. Analizar los resultados de las actividades planificadas en conjunto e incorporar otras áreas si es necesario para la solución de problemas a través de reuniones del personal del Módulo convocadas por la

coordinadora del Módulo de SSR con una periodicidad de al menos cada quince días.

4. Promover acciones de promoción de la salud a través del desarrollo de espacios de educación continua, para fortalecer competencias y aumentar efectividad del trabajo en equipo.
5. Brindar asistencia médica especializada de prevención y atención médica ambulatoria, incluyendo atención de acuerdo a las necesidades de las mujeres usuarias de los servicios, coordinándose permanentemente con los Establecimientos de Salud y los Módulos integrantes de CM respectivos, en los diferentes escenarios de atención, con el fin de facilitar el seguimiento a las usuarias con diferentes necesidades de salud.
6. Cumplir y evaluar sistemáticamente la implementación del sistema de referencia y contrareferencia de la RISS y de los otros Módulos de CM, para la atención integral y garantizar el continuo de la atención.
7. Monitorear y evaluar de manera conjunta los procesos de atención, a fin de identificar las intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y el funcionamiento de la red.
8. Informar sobre la prestación de servicios realizada por el módulo de forma mensual y enviar a la coordinación de la Unidad de Estadística y Registros de salud al nivel superior correspondiente, quien es la encargada de realizar los diferentes procesos establecidos en las normas y procedimientos de estadísticas y registros de salud.

Cuadro 2. Listado de Oferta de servicios

N° DE SERVICIOS	CÓDIGO	SERVICIOS*
1	A-01	Clínica de Medicina General
2	A-11	Clínica de Gineco-obstetricia
3	A-03	Clínica de Medicina Interna
4	A-07	Clínica Odontológica
5	A-04	Clínica Pediátrica
6	A-23	Servicio de Vacunación
8	A-30	Clínica Psicológica
9	A-38	Transporte Asistencial I Básico ATAB
10	A-43	Urgencias I (Curaciones e inyecciones)
15	D-01	Laboratorio Clínico I
12	D-04	Radiología Convencional (Rayos X)
13	D-06	Ultrasonido Ginecoobtétrico
14		Colposcopia
15		Lectura de citología

16	T-01	Farmacia I
17	T-08	Terapia Respiratoria (Nebulización) y de rehidratación oral
18	---	Mamografía
19	---	Educación para la Salud
10	A-27	Clínica de Nutrición
21		Atención de Enfermería

Fuente: Elaboración propia con insumos de la oferta de servicios de un Establecimiento de Salud Nivel de complejidad 3, categoría y tipo 3, según código.

*NOTA: No incluye Terapia Física, Atención de parto y cirugía ambulatoria.

3.2.1. Oferta de servicios

Cuadro 3. Descripción de la oferta de servicios

OFERTA DE SERVICIOS	DESCRIPCIÓN
<p>1. ATENCIÓN DE MEDICINA GENERAL</p>	<p>Aunque en el Módulo se atiende la SSR de las mujeres, no todas aquellas que demandan el servicio necesitan una atención especializada, por lo que es necesario una evaluación previa (triaje), que dependiendo de cada caso, lo derive a la especialidad correspondiente de acuerdo con la prioridad de sus riesgos, o, si el caso no necesitara atención especializada lo indique para una primera atención de SSR y luego lo refiera al establecimiento de salud de su Area Geográfica de Influencia (AGI). De no existir un establecimiento en su AGI el MSSR será el responsable de su atención. Basados en las normativas y lineamientos de la SESAL, se atenderá a mujeres agudamente enfermas que son detectadas en cualquier módulo de atención de CM, mujeres con problemas de SSR de demanda espontánea y mujeres con patologías de SSR que no requieran atención especializada (resultados de citología, exámenes de laboratorio, mamografías, etc. normales).</p>
<p>2. ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE OBSTETRICIA</p>	<p>Atención especializada al cuidado preconcepcional, prenatal, post natal. <u>Atención preconcepcional</u> (usar hoja anexo 8): se da énfasis al riesgo reproductivo y los cuidados preconcepcionales que consisten en el conjunto de intervenciones que se realizan antes del embarazo que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo, cuando sea posible, para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo. <u>Prenatal especializado</u> (usar hoja anexo 9): para usuarias en las que se detecte un riesgo, morbilidad</p>

	<p>previa o complicaciones durante el embarazo. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente. Se atenderán a las mujeres referidas de los servicios de salud de la RISS, principalmente con riesgo reproductivo en el embarazo: Mujer embarazada menor de 19 años o mayor de 35 años primigesta, embarazada con obesidad ($IMC > 30$ y $< 40 \text{ Kg/m}^2$), embarazo con bajo peso ($IMC < 18.5 \text{ Kg/m}^2$), control del embarazo múltiple en coordinación con hospital, embarazo con sospecha de diabetes gestacional, embarazada víctima de violencia de género, drogodependencia/alcoholismo, embarazo no deseado, oligohidramnios, polihidramnios, sospecha de restricción del crecimiento intrauterino, anemia moderada persistente, infección de vías urinarias persistente, 36 semanas de gestación o más y situación o presentación fetal anormal).</p> <p><u>Control Postparto</u> (usar hoja anexo 10 y 11): se realiza búsqueda activa de posibles morbilidades para descartar patologías ligadas al proceso reproductivo u otros problemas de salud, con énfasis en el control puerperal antes de los 7 días posteriores al parto. Se brindará consejería sobre el autocuido de la salud materna, signos generales de peligro para la madre y del recién nacido/a, con énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y PF temprana a fin de ampliar el período intergenésico y evitar el segundo embarazo en adolescentes. Asimismo, se atenderá a mujeres con referencia interna del MSSR u otro módulo de CM, a través de la Coordinadora de Módulos y mujeres que no están inscritas en control en otro establecimiento de salud.</p>
<p>3.ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE GINECOLOGÍA</p>	<p>Siendo un centro especializado se atenderá a las personas referidas de la RISS del área de influencia o de los Módulos de CM ya sea para interconsulta, tratamiento especializado o para la realización de un estudio diagnóstico y posteriormente se retornan a los Establecimientos de Salud del territorio de procedencia o se refieren a un centro de mayor complejidad, según criterio de la especialista en ginecología y obstetricia.</p> <p>Climaterio y menopausia: Atención basada en los estilos de vida saludables y prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas y atención Integral basada en las normativas y lineamientos del Ministerio de Salud.</p> <p>Planificación Familiar (usar hoja anexo 12): Ofertando métodos anticonceptivos modernos. La atención se brindará a mujeres referidas para colocación de DIU de</p>

	<p>la RISS, mujeres que demanden el servicio de forma espontánea con foco en adolescentes y mujeres con referencia interna del MSSR u otro servicio de CM.</p> <p>Atención, prevención y detección temprana de cáncer de cérvix y de mama: se les oferta tamizaje de cáncer de cérvix (toma de citología cérvico vaginal y colposcopia; a fin de facilitar la respuesta rápida y el tratamiento oportuno, se puede utilizar la técnica de la Inspección Visual de Ácido Acético (IVAA) y mama (examen clínico de mamas, mamografía y/o USG) apegado a las normativas vigentes de la SESAL.</p> <p>Prevención, detección y atención de ITS y VIH, con énfasis en mujeres adolescentes promoviendo actitudes y prácticas responsables y seguras respecto a su SSR.</p>
<p>4. ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA DE MEDICINA INTERNA</p>	<p>Siendo un centro especializado se atenderá a las mujeres referidas de los Establecimientos de Salud de la Red del territorio asignado o por médicas del Módulo de SSR ya sea para interconsulta o por demanda espontánea. La atención de medicina interna juega un papel muy importante en la atención preconcepcional, en la detección y tratamiento oportuno de riesgos reproductivos para reducir daños o evitarlos en un próximo embarazo, entre ellos están: cardiopatías, asma bronquial, obesidad, diabetes mellitus y gestacional, hipertensión arterial, endocrinopatías, colagenopatías, síndromes convulsivos, infección de vías urinarias crónicas, situación de VIH, infecciones de transmisión sexual, consumo de medicamentos (anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretinoína). Asimismo, en el embarazo: usuarias con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, mujeres con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación, o que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio, enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes y diabetes gestacional. Así como, la atención de mujeres por patologías crónicas transmisibles y no transmisibles sin control, tratamiento especializado o para la realización de un estudio diagnóstico; y posteriormente se retornan a los establecimientos de salud correspondientes de procedencia o a un centro de mayor complejidad. Basados en las normativas y lineamientos de la SESAL.</p>
<p>5. ATENCIÓN</p>	<p>Atención a las morbilidades pediátricas o inscripción</p>

<p>MÉDICA ESPECIALIZADA DE PEDIATRÍA</p>	<p>precoz del RN: patologías que se detecten en niñas o niños que acompañen usuarias de los servicios de CM en la Sala de Atención Infantil. Además se dará seguimiento a aquellos casos con riesgo o de quienes aún no se tiene un diagnóstico definido. Se deberán considerar aquellos casos de niñas o niños que consulten de manera imprevista y que se presenten con cuadros sugestivos de deshidratación, infección respiratoria grave, fiebre o hemorragias. En caso de que se detecte un(a) niño/a víctima de violencia en el MAI, dar asistencia de primera línea y luego referencia a servicios especializados de la red. Así como, aquellos niños y niñas recién nacidos cuya madre lleve control postparto en el MSSR. Basados en las normativas de la SESAL.</p>
<p>6. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA</p>	<p>Se atenderá a toda mujer embarazada que esté en control en el CCM, mujeres que ameriten atención odontológica que se encuentren recibiendo un servicio dentro del CCM, niños/as que sean inscritos al control infantil y aquellos que se encuentren en el Módulo de Atención Infantil (MAI) detectados por médica pediatra, que requieran atención odontológica y referencias de la Red de servicios de salud de los municipios que no cuenten con consultorio odontológico o para toma de radiografía de la cavidad bucal, previa coordinación y agendamiento de la cita. Se realizan procedimientos diagnósticos, plan de tratamientos, procedimientos preventivos (profilaxis, aplicación de sellante de fosas y fisuras, aplicación tópica de flúor); procedimientos curativos (edetartrajes, alisado radicular, obturaciones de amalgama o resina, exodoncias, cirugías no complicadas). Además, se ofrece toma de Rx de cavidad oral, consejería para el cuidado de la salud oral, promoción y educación en salud oral y referencias a primero y segundo nivel, según el caso. Basados en las normativas y lineamientos de la Secretaría de Salud.</p>
<p>7. ATENCIÓN PSICOLÓGICA</p>	<p>Usuarias del MSSR que necesiten asistencia psicológica inmediata, afectadas por muerte fetal o neonatal, aborto, enfermedad crónica o neoplásica, duelo, tamizaje para detección de violencia, acciones de prevención, atención y referencia mediante la aplicación de la Norma y Lineamientos para la atención de la violencia en todas sus formas, en apoyo al Módulo de Atención a la Violencia.</p>
<p>8. ATENCIÓN EN</p>	<p>A usuarias del módulo de SSR o usuarias de la RISS</p>

<p>NUTRICIÓN</p>	<p>referidas para atención nutricional. Desarrollo de actividades de educación alimentaria nutricional y programas especiales de alimentación y nutrición. En caso que en el centro se desarrolle algún proyecto especial sobre alimentación y nutrición, la nutricionista estará directamente relacionada y encargada de la coordinación técnica, por ejemplo a través de clubes de madres embarazadas y lactantes; o campaña criando con amor. Se atenderá a embarazadas en control prenatal en CM, control postparto en CM, mujeres en cuidado preconcepcional, niñas/ños con riesgo nutricional identificados por pediatra, mujeres con referencia interna del módulo de SSR y mujeres referidas para atención nutricional de la RISS con especial énfasis en embarazadas y riesgo reproductivo por obesidad y enfermedades crónicas degenerativas (DM, HTA).</p>
<p>9. SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO</p>	<p>Los servicios de gabinete para apoyo diagnóstico del MSSR son (usar hoja de anexos 6, 7 y 16 según corresponda): USG, mamografía, colposcopia, Rayos X, electrocardiograma, monitoreo fetal y laboratorio clínico incluye lectura de citología; se recibirán referencias de mujeres o muestras como centro especializado de la RISS del área geográfica de influencia, basado en la normativa vigente de la SESAL, además se brindará servicios a usuarias del MSSR que a criterio de las medicas necesiten el apoyo de medios diagnósticos.</p>
<p>10. ATENCIÓN EN PROMOCION Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD</p>	<p>Con la utilización de las diferentes técnicas educativas se atienden a las usuarias del MSSR referidas de los diferentes programas de atención, con énfasis en la SSR, especialmente la atención materna, la PF, ITS/VIH, entre otras. Además, se apoyan las actividades de promoción y prevención a partir de la coordinación interinstitucional de CM y de la RISS. Se da énfasis a charlas, consejería y grupos de apoyo de mujeres embarazada en control prenatal, usuarias a las que se les oferta o solicita exámenes para VIH (consejería pre prueba, post prueba), mujeres post parto/lactantes, mujeres con patología crónica degenerativa debutante o con adherencia inadecuada al tratamiento y mujeres adolescentes que ameriten atención en el MSSR. Así como, el fomento de la actividad física.</p>
<p>11. ATENCIONES</p>	<p>El personal de enfermería brindará acciones de</p>

DE ENFERMERÍA	preclínica y postclínica, atenciones preventivas; así como los servicios complementarios que se requieran para completar el proceso de atención de las usuarias del MSSR de CM, siendo el apoyo a la consulta médica del establecimiento.
12. FARMACIA	Se dispensa medicamentos siguiendo las buenas prácticas de prescripción y uso racional.
13. SERVICIOS DE APOYO	Servicios de Apoyo: vacunación, curaciones, inyecciones, nebulizaciones para usuarias del MSSR, previa evaluación médica.
13.1 VACUNACIÓN	Se ofrecen servicios de vacunación para aquellas usuarias que lo soliciten o que en su proceso de atención se identifiquen con dosis pendientes o esquema incompleto de vacunación.
13.2 NEBULIZACIONES	Se ofrece este servicio a aquellas mujeres y menores acompañantes que consultan al MSSR y que cumplan el criterio médico para su aplicación, principalmente mujeres y niñas y niños con crisis asmáticas o problemas de las vías respiratorias bajas.
13.3 CURACIONES	Se realiza según la demanda de las usuarias atendidas en la consulta del MSSR que requieran un procedimiento, especialmente aquellas usuarias con cesárea reciente o algún procedimiento de emergencia que se presente.
13.4. INYECCIONES	Proceso que se realiza según la demanda de las usuarias atendidas en la consulta del MSSR, especialmente del programa de PF.

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Conjunto de prestaciones de salud sexual y reproductiva

El conjunto de prestaciones (CP) de SSR - también denominado paquete o catálogo de prestaciones – ofrecido por el Módulo de SSR para disminuir la mortalidad materna, perineonatal y la mortalidad de las mujeres por cáncer de cérvix y de mama, así como, las ECNT, es el siguiente:

1. Atención preconcepcional, prenatal y posnatal promoviendo la asistencia calificada durante el parto y la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.
2. Educación y promoción de actitudes y prácticas responsables y seguras a adolescentes respecto a su SSR.
3. Atención al climaterio y la menopausia con énfasis en los estilos de vida saludables.
4. Detección temprana de cáncer de cérvix y mama.
5. Acciones de información, educación sexual y atención en SSR orientados a las mujeres

6. Servicios de PF con métodos modernos, prevención, detección y atención de ITS y VIH.
7. Acciones de prevención, detección y atención de la violencia
8. Prevención primaria, secundaria y detección oportuna de ECNT de las mujeres.
9. Apoyar las acciones de la red de servicios de salud de baja complejidad, con énfasis en la SSR.
10. Atención a las/os niñas/os que acompañan a sus madres al CCM.

● **ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL**

Es la atención brindada a una mujer por el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta es que la mujer reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

Durante esta consulta se debe explorar a través de una Hoja Filtro, si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo, Ver anexo 8. Si se detectan factores de riesgo reproductivo o existe el antecedente de recién nacido con malformaciones congénitas, enfermedades crónicas degenerativas o metabólicas, la médica gineco-obstetra, definirá si se requiere interconsultas con otras especialidades médicas, con el fin de determinar si la mujer se encuentra en condiciones óptimas para embarazarse o si se requiere realizar acciones previas tales como el cambio de medicación, cambios de estilo de vida, tratamiento en enfermedades que pueden ser transmitidas por la madre al feto, entre otros. Si se detecta factores de riesgo y la usuaria no es candidata a embarazo, asegúrese de brindar consejería y oferta de métodos de planificación familiar.

Cuadro 4. Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional

ACTIVIDAD	INTERVENCIONES
Médica General llena Hoja Filtro de la consulta preconcepcional (Anexo 8).	Ofrezca consulta con ginecóloga al detectar factores de riesgo reproductivo/obstétricos o antecedente de recién nacido con malformación congénita, enfermedad genética y metabólica.
Realice Historia clínica Completa	Incluya datos generales, antecedentes personales y familiares, antecedentes obstétricos.
Investigue enfermedades crónicas concomitantes	Determine si su patología está controlada. Discuta si es momento oportuno para embarazo. Defina si amerita interconsulta con otras especialidades.

Mida talla y peso corporal	Para cálculo de índice de masa corporal (IMC).
Evalúe el estado nutricional con el Índice de Masa Corporal (IMC)	Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$ Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m ² Bajo peso: Si valor < 18.5 Kg/m ² . Brinde suplementos Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m ² Obesidad: Si valor ≥30 Kg/m ² . En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista.
Determine Tensión Arterial y Diabetes Mellitus	Investigue HTA y Diabetes Mellitus
Efectúe examen físico completo	Realice examen físico completo que incluya examen clínico de mama y tiroides.
Realice Inspección cervical y toma de PAP	Tome PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado. Si reporta anormalidad, maneje según Lineamientos Técnicos de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix.
Verifique vigencia de esquema vacunación antitetánica y anti-rubeola.	Verifique vigencia de esquema de vacunación. Si no está vigente, cumpla dosis según esquema.
Realice evaluación Odontológica	Examine cavidad oral. Enfatice importancia de higiene bucal. Recomiende dieta saludable, evitando exposición alimentos azucarados que favorecen formación de caries dental. Realizar profilaxis o tratamiento de patologías dentales.
Prescriba micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural	Prescriba los siguientes micronutrientes tres meses antes de buscar embarazo: Ácido fólico (5 mg) 1 tableta cada día. Multivitaminas prenatales: 1 tableta cada día, Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7.5 mg.
Solicite Tipeo-Rh	Determine Tipeo sanguíneo y factor Rh.
Prevenga la transmisión vertical del VIH.	Oferte el examen para la detección del VIH y de consejería pre-prueba. Proporcione consejería post-prueba. Refiera a toda mujer con prueba (+) y su pareja para manejo en Hospital de referencia.
Elimine el riesgo de desarrollar la sífilis congénita.	Investigue antecedente de sífilis y el tipo de tratamiento recibido. Indique pruebas no treponémicas (RPR) para descartar sífilis y dar tratamiento si es positivo

● **ATENCIÓN PRENATAL**

Es la atención integral y de calidad que se brinda a través de una serie de visitas programadas de la embarazada al Módulo de SSR, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio. Además debe permitir identificar y prevenir complicaciones así como detectar oportunamente signos de peligro en la madre o en el feto.

La atención prenatal con calidad debe cumplir con los requisitos básicos:

1. Precoz: preferentemente antes de las doce semanas de gestación.
2. Completa e integral: los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
3. De amplia cobertura: que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.
4. Con calidez: la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
5. Periódico: completar como mínimo cinco controles prenatales (Uno de inscripción y cuatro de seguimiento).

Cuadro 5. Actividades a realizar durante los controles prenatales

ACTIVIDAD	INTERVENCIONES
Confirmar el embarazo	Realización de exámenes clínicos y de gabinete para diagnosticar embarazo
Contar con una “hoja” que guíe al prestador para brindar una atención prenatal de calidad	Uso de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)
Detectar riesgos	Evaluación del riesgo perinatal
Conocer información relevante del embarazo	Anamnesis
Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control prenatal	Determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto
Evaluar el estado nutricional materno	Medición del peso y de la talla materna y cálculo del índice de masa corporal Cálculo del incremento de peso durante la gestación
Investigar estilos de vida de riesgo	Interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia
Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical.	Prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical

	(Sífilis, VIH, Chagas, Toxoplasmosis, Estreptococo del Grupo B)
Prevenir el tétanos neonatal y puerperal, Hepatitis B e Influenza	Vacunación antitetánica, Influenza en campaña y Hepatitis B si hay antecedentes de exposición.
Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama	Examen de mamas
Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical	Examen genital, citología, colposcopia
Descartar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh
Prevenir, detectar y tratar la anemia materna	Determinar niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico
Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria	Examen de orina y urocultivo
Detectar diabetes Mellitus y/o gestacional	Determinación de glucemia
Brindar consejería y contenidos educativo-informativos según condición y necesidades de la gestante para el parto y el puerperio	Preparación para el parto, signos y síntomas de alarma, lactancia materna exclusiva, planificación familiar, sexualidad, Violencia basada en género, atención del parto y puerperio precoz.
Confirmar la existencia de vida fetal	Confirmar movimientos y Frecuencia Cardíaca Fetal
Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro	Evaluación del patrón de contractilidad uterina
Descartar alteraciones de la presión arterial	Medición de la presión arterial, identificación de edemas y proteinuria en general de orina
Descartar alteraciones del crecimiento fetal	Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía (Ultrasonido)
Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones	Diagnóstico de número de fetos con maniobras de Leopold
Descartar presentaciones fetales anormales	Examen de la presentación fetal
Planificar el sitio y otros aspectos relacionados con el parto	Plan de Parto. Coordinar y organizar pasantías Hospitalarias antenatal
Detectar posibles distocias pélvicas	Evaluación de la pelvis
Identificar patologías bucodentales y realizar profilaxis dental	Evaluación bucodental, profilaxis y tratamiento

● **ATENCIÓN PUERPERAL**

Período que comprende desde el alumbramiento hasta las seis semanas posparto o cuarenta días, durante el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelve a adquirir las características anteriores a la gestación, a excepción de la glándulas mamarias.

En el país un importante número de muertes maternas ocurre en este periodo, considerando esta situación debe brindarse la atención antes de que la mujer cumpla los primeros siete días después de su parto y otro control a los 40 días después del parto.

Cuadro 6. Actividades a realizar durante el control puerperal

ACTIVIDAD	INTERVENCIONES
Revise en el carné materno la información sobre el parto	Revisar el lugar de atención; resultado de exámenes tomados; si hubo complicaciones; tratamientos recibidos. Verificar el peso, talla, perímetro cefálico, edad gestacional y APGAR del RN al nacer. Así como, datos del egreso hospitalario.
Inscripción del RN al Programa de Atención Integral Infantil	En su primer contacto con CM debe ser inscrito por parte de la pediatra en el Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Niñez utilizando la Hoja de Atención Integral del niño(a) menor de 8 días.
Investigue signos de peligro de la madre	Indagar si presenta dolor abdominal, fiebre, problemas para el amamantamiento, sangrado abundante o fétido, dificultad para orinar o defecar, síntomas de depresión.
Indague si la madre tiene alguna duda y acláresela.	Dar consejería sobre lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, sobre la buena postura y agarre, involución uterina, PF, etc.
Realice examen físico completo de la madre y del RN	Tome signos vitales: peso, temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca. Busque palidez en conjuntivas y palmas. Evalúe estado de las mamas y pezones. Palpe el útero. Revise la vulva y el periné: características de los loquios, edema, secreciones anormales, estado de heridas. Al RN tome medidas antropométricas: toma de peso, longitud y perímetro cefálico. El RN debe ser atendido utilizando la Guía

	AIEPI Neonatal. Si el RN presenta morbilidad debe ser atendido de acuerdo a la Guía de Atención de la estrategia AIEPI.
Evaluación del estado nutricional del RN	Utilizando la gráfica de peso para la edad en menores de 5 años y reportar el estado nutricional. En el caso de los niños(as) prematuros y en los de bajo peso al nacer, recordar que siempre quedarán en algún canal de desnutrición en la gráfica, por lo que es aún más importante en los controles subsecuentes evaluar la tendencia del crecimiento utilizando la gráfica de peso para la edad y la tabla de peso mínimo esperado.
Clasifique el postparto	Como normal, si no hay presencia de signos y síntomas de alarma.
De consejería a la madre	En un lugar cerrado sin interrupción aconsejar a la madre sobre el auto-cuidado de su salud, y del recién nacido/a. Planificación familiar.
Dar micronutrientes a la madre y vacunación al RN	Aplicación de vitamina K, si el parto fue domiciliar y no fue aplicada al nacimiento, (1 mg. IM si el RN de término y 0.5 mg. IM si es prematuro). Administrar primera dosis de vitamina A 50,000UI si no fue administrada en el hospital. Dosis única y prescriba sulfato ferroso 300 mg y ácido fólico 5 mg vía oral cada día, a completar por 3 meses. Vacunación al RN según esquema nacional del PAI

● ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES (10 A 19 AÑOS)

La adolescencia es un proceso integral durante el cual la persona tiene que armonizar el nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas aceptables socialmente y así poder formar una personalidad integrada en sus tres elementos básicos: biológico, psicológico y social.

El riesgo de embarazo no planeado o de contraer infecciones de transmisión sexual en la adolescencia está condicionado por factores como la dificultad para discutir sobre temas de sexualidad con la pareja; desinformación en la temática de salud y sexualidad; falta de acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva; negociar el uso del condón, especialmente si es la primera vez que

van a tener relaciones sexuales; baja autoestima; sentimientos negativos experimentados en cualquier momento de la vida, como tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad; o ver el embarazo como una declaración de normalidad y afirmación de la vida².

Cuadro 7. Atención integral y diferenciada de adolescentes

ACTIVIDAD	INTERVENCIONES
Evaluación y atención de aspectos clínicos	Evaluar el crecimiento y desarrollo Evaluar estado nutricional Realizar tamizaje de ITS Realizar tamizaje de cáncer cérvico uterino (si aplica) Actualizar inmunizaciones, incluyendo la Vacuna del Papiloma Humano (HPV) Oferta sistemática de metodología anticonceptiva (si es sexualmente activa)
De consejería	Factores protectores y factores de riesgo Educación integral en sexualidad Información y consejería balanceada sobre métodos anticonceptivos Prevención de ITS Prevención de todo tipo de violencia Acoso sexual Acoso escolar
Atención y acompañamiento psicológico	Construcción de Plan de vida Estilos de vida saludables Enfermedades mentales Adicciones

● OTRAS ATENCIONES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

La SSR tradicionalmente se ha enfocado en los aspectos biológicos de la reproducción y sobre una base sociocultural que identifica la construcción de la identidad de género de las mujeres centrada en la maternidad, poder masculino, lo que propicia embarazos y maternidad impuesta y prácticas sexuales de riesgo; sin embargo, es básico legitimar los derechos sexuales y los derechos reproductivos como parte integral, inalienable e indivisible de los derechos humanos de las mujeres y tener la capacidad de identificar la vulneración de éstos en los ámbitos personal, familiar, profesional y social.

² (ICW), Engender Health e International Community of Women Living with HIV/AIDS. (2006) Salud Sexual y Reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH, Manual para capacitadores y gerentes de programas. Nueva York y Londres.

Cuadro 8. Otras Atenciones de SSR ofrecidas a las mujeres con mayor frecuencia.

ACTIVIDAD	INTERVENCIÓN
Detección oportuna de Infecciones de Trasmisión Sexual	Tamizaje de Sífilis Tamizaje de Hepatitis B y C Manejo Etiológico o Sindrómico de ITS Consejería en métodos de prevención de ITS Inmunizaciones (Hepatitis B) Vacuna del Papiloma Humano (HPV ³)
Identificar intención de embarazo y control	Control de Enfermedades Crónicas Asesoramiento para reducción de riesgo de aparición de anomalías congénitas Medicación Información, Educación y Comunicación Estilos de Vida saludables
Tamizaje temprano de Cáncer Cérvico Uterino	Tamizaje de CACU-Papanicolau o IVAA. Colposcopia (si aplica) Crioterapia (si aplica)
Detección de afecciones Mamarias	Autoexamen de Mama Examen de Mamas Ultrasonido de Mama (si aplica) Mamografía (si aplica)
Oferta de Planificación Familiar	Consejería Balanceada Beneficios Efectos Secundarios Provisión del Método de PF
Atención del Climaterio y Menopausia	Evaluación Clínica Mamografía Perfil Hormonal Terapia de Reemplazo Hormonal (si aplica).
Detección y tratamiento de la Osteoporosis	Densitometría Ósea Tratamiento Evaluación Nutricional

Cuadro 9. Atención a usuarias con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial del territorio asignado al CCM y/o enviadas por referencia e interconsulta de la Red.

ACTIVIDAD	INTERVENCIÓN
Detección y tratamiento oportuno de la Hipertensión	Medir la presión arterial a la usuaria en cada control para determinar el riesgo cardiovascular y controlar el tratamiento antihipertensivo. Iniciar tratamiento farmacológico a usuarias con presión arterial

³ Pruebas y vacuna según disponibilidad en la SESAL

<p>Arterial</p>	<p>sistólica sostenida mayor a 160 mmHg o diastólica mayor de 100 mmHg Calcular el riesgo cardiovascular global en todas las usuarias Hipertensas mediante la escala adaptada de Framingham. Realizar electrocardiograma en el estudio inicial y luego cada año Mantener presión arterial 140mmHg/90mmHg Toda usuaria con tratamiento debe evaluarse por lo menos cada dos meses hasta que las mediciones de la presión en dos visitas consecutivas estén por debajo de la meta. El tratamiento farmacológico antihipertensivo tiene que administrarse, siempre, que sea posible, en una única dosis diaria. El personal de salud debe educar a las usuarias acerca de su enfermedad y régimen de tratamiento. Vigilar periódicamente la aparición de diabetes mellitus Realizar al menos cada año, análisis de electrolitos, creatinina, glucosa y lípidos en sangre. En toda usuaria con hipertensión y diabetes se recomiendan los diuréticos tiazídicos o los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) como tratamiento de elección inicial Se debe recomendar la pérdida de peso (en caso de sobrepeso y obesidad) y reducción moderada de ingesta de sal. Ejercicio físico aeróbico, tres sesiones semanales de 45 a 60 minutos. Realizar intervenciones en grupos organizados para la educación y promoción del autocuidado.</p>
<p>Detección y tratamiento oportuno de la Diabetes Mellitus</p>	<p>Mantener la glicemia pre prandial entre 70 y 130 mg/dl y la glicemia posprandial menor de 140 mg/dl. Mantener la Hemoglobina glicosilada (A1c) por debajo o alrededor de 7%. Realizar medición periódica de perímetro de cintura, al menos una vez al año. Los valores objetivos del control son: mujeres, menor de 80 centímetros. La metformina, si no está contraindicada y es tolerada, es el medicamento indicado para el manejo inicial de las usuarias con diabetes tipo 2. Las usuarias deben de ser incorporadas a un grupo de educación, apoyo y autocuidado para el autocontrol de la enfermedad a partir del diagnóstico y durante los controles subsecuentes. La usuaria debe recibir educación nutricional individualizada de acuerdo a la evolución clínica para lograr las metas de tratamiento. Debe recomendársele al menos 150 minutos por semana de actividad física aeróbica o 30 minutos por día, cinco días a la semana, el cual debe adaptarse a las condiciones individuales.</p>

	Realizar la evaluación de riesgo cardiovascular al menos una vez al año.
--	--

Cuadro 10. Atención integral de usuarias víctimas/sobrevivientes de violencia

ACTIVIDAD	INTERVENCIÓN
<p>Detección y atención oportuna de Violencia doméstica e intrafamiliar</p>	<p>Detección de casos - Tamizaje universal (todas las usuarias) sobre la existencia de violencia de género: doméstica/sexual.</p> <p>Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato, violencia intrafamiliar y sexual y hacer su seguimiento, según hoja de tamizaje de Violencia (anexo 5).</p> <p>Ofrecer atención de salud integral.</p> <p>Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.</p> <p>Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.</p> <p>Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.</p> <p>Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.</p> <p>Realizar historia clínica y examen físico (cuidando de las evidencias), diagnóstico y tratamiento, dejando evidencia documentada de la atención brindada.</p> <p>Atención psicológica, si se requiere (casos de episodios pasados).</p> <p>Tratamiento de lesiones, si las hubiere.</p> <p>Toma de exámenes de laboratorio previa consejería (Prueba de embarazo, VIH, y otras ITS).</p> <p>Prevención de ITS, en caso de abuso sexual, si aplica.</p> <p>Inmunización con Hepatitis B y Td, si aplica</p> <p>Referencia para la profilaxis de VIH, en caso de abuso sexual, al establecimiento de salud definido por la SESAL para tal fin (en las primeras 72 horas y de preferencia en las primeras 4 horas)⁴.</p> <p>Consejería sobre Violencia, ITS, VIH, planificación familiar, salud materna (control pre y postnatal).</p> <p>Seguimientos de usuarias: 2 semanas; 1, 3 y 6 meses según el caso.</p> <p>Interconsulta si fuera necesario</p>

⁴ Código 1: son todos los casos de violencia sexual. Código 2: son todos los casos de violencia en el ámbito familiar.

	Referenciación al Módulo de Atención a la Violencia contra la Mujer Referencia externa, en caso necesario.
--	---

*NOTA: En caso de violación sexual, la administración de la anticoncepción de emergencia es un buena práctica que responde a estándares internacionales entre los que se incluyen: i) Fortaleciendo la respuesta médico legal a la violencia sexual (2015)ⁱ, ii) Guías y recomendaciones de políticas de la OMS para la atención a víctimas sobrevivientes de violencia por la pareja y violencia sexual (2013)ⁱⁱ; y iii) Guías para la atención médico legal de las víctimas de violencia sexual de la OMS (2003)ⁱⁱⁱ. Sin embargo, no está permitida en Honduras.

● CRITERIOS PARA OFRECER SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO

● TOMA DE CITOLOGÍA.

- Mujeres sexualmente activas que demandan el servicio en CM que nunca se han tomado la citología, independientemente de la edad.
- Mujeres que ya han tenido relación sexual y citología por primera vez en la vida con énfasis en el grupo de 20 a 59 años.
- Mujeres con citología atrasada (más de dos años de no tomársela).
- Mujeres con antecedente de lesiones cervicales pre-invasivas, que no estén en control.

● COLPOSCOPIA

Citológicos:

- Mujeres con citología ASC-US (células escamosas Atípicas de significado indeterminado).
- Mujeres con citología ASC-US con test de ácido desoxirribonucleico (ADN-VPH) positivo.
- Mujeres con citología ASC-US repetida 2 veces.
- Mujeres con citología LEIBG (displasia leve), repetida 2 veces, en mujeres menores de 25 años. Citología LEIBG en mujeres de 25 años o mayores, ASC-H, LEIAG o Cáncer.
- Mujeres con citología AGC, AGC-N, AIS o Adenocarcinoma.
- Mujeres con citologías repetidamente inflamatorias (3 o más).

Clínicos:

- Mujeres mayores de 35 años con VPH-AR positivo persistente, más de 1 año.
- Seguimiento de mujeres con LEIBG –NIC I seleccionadas.
- Seguimiento de LEI durante el embarazo.
- Seguimiento después del tratamiento de NIC o cáncer.
- Cuello uterino clínicamente sospechoso, incluso si la citología es normal.

- Hemorragia irregular o post coito.
- Evaluación de lesiones de vagina, vulva y ano.
- Como parte del estudio diagnóstico en pacientes con VIN, VaIN y PAIN.
- Como parte del estudio diagnóstico en pacientes VIH positivas.
- Revisión ginecológica, en control de salud a la demanda.

- **MAMOGRAFÍA**

Generales:

- Se atienden todas aquellas mujeres de la consulta del módulo de SSR o referidas de la RISS o de otros módulos de CM y que presente las condiciones siguientes:
- Tamizaje:
 - Mujeres de 40 años o más, de acuerdo a la guía técnica de prevención y control de cáncer de mamas:
 - Asintomática.
 - Mayores de 40 años: cada 2 años
 - Mayores de 50 años: cada año

Mujeres entre 30 y 39 años de edad con una o más de las siguientes condiciones, debe realizarse cada año:

- Historia personal de patología mamaria.
- Mastectomía previa.
- Estudio ultrasonográfico insuficiente para identificar lesiones.

Mujeres a partir de los 40 años con una o más de las siguientes condiciones, debe realizarse cada año:

- Hallazgo clínico de patología mamaria
- Historia personal de patología mamaria
- Historia familiar de cáncer de mama

- **ULTRASONOGRAFÍA:**

Generales:

- Se tomará estudio a usuarias de la consulta del módulo de salud que ameriten.
- Mujeres referidas de los establecimientos de la RISS con agendamiento de la cita previamente.

Toma de USG obstétrica en mujeres en el primer trimestre del embarazo:

- Tamizaje del primer trimestre (entre las 12 y 14 semanas), de acuerdo al lineamiento técnico atención materna.

- Fecha de última menstruación incierta en el primer control.
- Hemorragias del primer trimestre.
- Sospecha de aborto.

Toma de USG obstétrica en mujeres en el segundo y tercer trimestre de embarazo:

- Tamizaje de segundo y tercer trimestre (entre las 20-24 semanas y entre las 32-34 semanas).
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Embarazo múltiple.
- Sospecha clínica de alteraciones de líquido amniótico.
- Sospecha de placenta previa.
- Perfil biofísico.

Toma de USG ginecológica:

- Sospecha clínica de miomatosis uterina.
- Hemorragia uterina anormal.
- Sospecha clínica de patología anexial (ovarios y trompas de Falopio).
- Dolor pélvico crónico.

Toma de USG de mama:

- Mujeres menores de 40 años con sospecha clínica de patología mamaria.
- Mujeres con resultado de mamografía con BIRAD 0 (evaluación incompleta).
- Mujeres con mamografía dudosa, que amerite completar estudio con USG.

- RAYOS X:

- Se tomarán estudios a todas las usuarias de la consulta médica que lo ameriten o que sean referidas de la RISS, previo agendamiento del estudio.

- MONITOREO FETAL:

- Mujeres con embarazo de término para completar perfil biofísico
- Hipomotilidad fetal.
- Amenaza de parto prematuro que amerite.
- Mujeres referidas de los establecimientos de la RISS con riesgo obstétrico (trastornos hipertensivos del embarazo, mortinato previo, embarazo múltiple, trastornos del líquido amniótico, RCIU, etc.) o enfermedades maternas crónicas concomitantes.

- **ELECTROCARDIOGRAMA**
 - Toda usuaria con patología crónica o que se le sospeche una cardiopatía que sea evaluada por la médica internista o que haya sido evaluada en un establecimiento de la RISS.
- **EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO I**
 - Usuaris de la consulta de especialidad y general del MSSR que presenten indicación médica de estudios.
 - Asimismo, muestras de usuarias referidas de la RISS previa coordinación con el MSSR.
 - El Catalogo de exámenes será el de un laboratorio clínico I (D-01)

3.2.3. Tipificación de la demanda de servicios

Se identifican 3 diferentes escenarios para la demanda de servicios:

- Escenario 1: La usuaria tiene acceso a un establecimiento de salud de primer nivel de atención en el territorio de procedencia. En este caso, se brinda la primera atención si amerita y luego se refiere a su establecimiento de salud correspondiente. Si requiere ser atendida por una especialista se atiende en el MSSR.
- Escenario 2: Usuaria referida de la RISS. En este caso, la usuaria recibirá la atención para la cual fue referida en el MSSR. Si requiere continuidad en atención especializada seguirá siendo atendida en el módulo, a menos que amerite ser referida a un establecimiento de nivel superior (Hospital). Si no requiere continuidad en la atención especializada, su caso retorna a la RISS de la cual fue referida.
- Escenario 3: Usuaria sin acceso a un establecimiento de salud en el territorio de procedencia. En este caso, la usuaria será atendida en el MSSR y únicamente será referida cuando requiera atención en un establecimiento de nivel superior (Hospital).

4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL MSSR

4.1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN A LAS USUARIAS DEL MSSR

Cuadro 11. Procedimiento para la atención a las usuarias

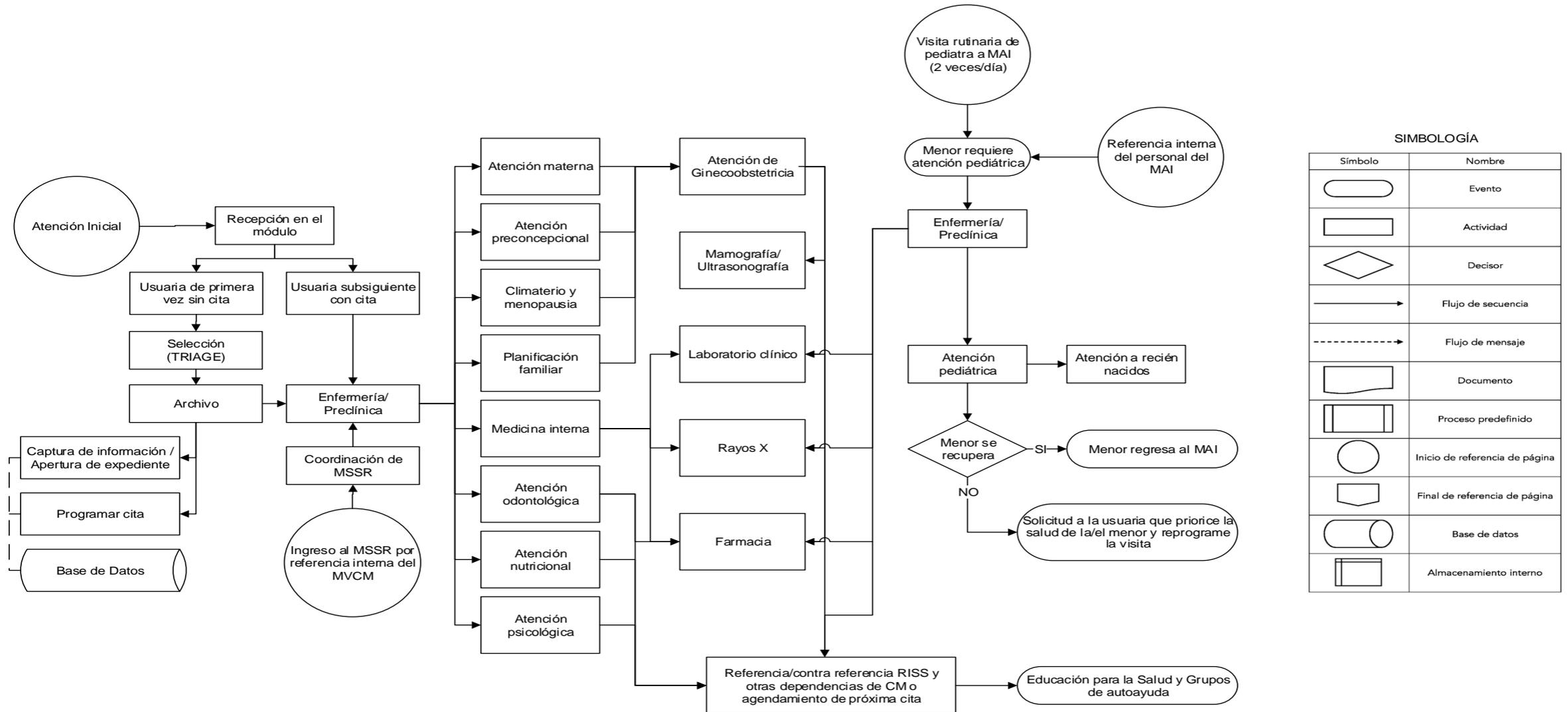
Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Recepción en el MSSR	Luego de proceso de recepción, registro y orientación (atención inicial) la usuaria	Hoja de ruta u hoja de

		llega al módulo.	cita previa
1.1	Recepción en el MSSR	Usuaría con cita previa pasa a Enfermería/Preclínica para luego ser derivada a la especialidad pertinente	
1.2	Recepción en el MSSR	Usuaría sin cita pasa a selección (triaje) para que el médico general determine la necesidad específica de servicios de SSR para hacer la derivación al consultorio o especialidad pertinente.	Apertura de Expediente
4	Médica Pediatra	Derivación a Pediatra	Hoja de Referencia interna
4.1	Médica Pediatra	Evaluación para derivación al consultorio de pediatra o a la RISS	Hoja de Ref interna
4.2	Encargada de Archivo	Registro de datos, administración de expediente	Tabulador diario
4.3	Enfermera	Derivación de pacientes y expedientes	Registro de enfermería
4.4	Pediatra	Brindar atención Pediátrica	Expediente
4.5	Pediatra	Brindar atención o control a neonatos	Expediente
4.6	Pediatra	Referencia a la RISS	Hoja de Referencia
5	Médica General	Derivación de usuaria como consulta de primera vez	Hoja Dosis única y prescriba sulfato ferroso 300 mg y ácido fólico 5 mg vía oral cada día, a completar por 3 meses. a de Referencia interna
6	Usuaría	Derivación de usuaria como consulta subsiguiente a preclínica	Expediente / Cita
7	Médica General	Realiza el proceso de selección y derivación	Libro registro de selección
8	Encargada de Archivo	Preparación de expediente	Tabulador diario
9	Encargada de Archivo	Captura de datos para el expediente	Expedientes
10	Encargada de	Otorgamiento de citas	Registro de

	Archivo		control de Citas/Agendamiento
11	Enfermera	Preparación de pacientes para recibir atención (Toma de datos antropométricos, signos vitales)	Libro Registro enfermería
12	Gineco obstetra	Brindar atención en salud materna	Expediente
13	Gineco obstetra	Brindar atención preconcepcional	Expediente
14	Gineco obstetra	Brindar atención vinculadas con climaterio y menopausia	Expediente
15	Gineco obstetra	Realizar atenciones de planificación familiar	Expediente
16	Medica Internista	Atención a usuarias que ameriten atención especializada por ECNT	Expediente
17	Odontóloga	Atenciones integrales de la salud bucal	Expediente
18	Nutricionista	Promoción de estilos de vida saludables, alimentación balanceada y salud alimentaria.	Expediente
19	Psicóloga	Atención integral de la salud mental	Expediente
20	Gineco obstetra/ Médica General/ Técnica de Radiología /radióloga	Referir a toma de mamografía o USG que ameriten Realizar toma de Mamografía Realizar toma de USG Dar lectura de Mamografía / USG y seguimiento	Expediente/ Referencia
21	Gineco obstetra	Referir y toma de colposcopia Dar lectura de resultados de colposcopia	Expediente/ Referencia
22	Gineco obstetra/ Médica General / Internista / pediatra Encargada de archivo Laboratorista	Solicitar exámenes de laboratorio Realizar exámenes de laboratorio Pegado de exámenes en expedientes clínicos Dar lectura a exámenes de laboratorio	Expediente /Boletas y Registros de Laboratorio
23	Gineco obstetra/ Médica General/ Internista/ Pediatria/ Técnica de	Referir a toma de radiografías a usuarias que lo ameriten Realizar toma de radiografías Dar lectura de radiografías	Expediente/ Boletas y Registros de Rayos X

	Radiología/radióloga		
24	Encargada de farmacia	Entrega de medicamentos de acuerdo a prescripción médica	Recetas
25	Todo personal el	Referir a la RISS y a otros servicios de CCM a usuarias que lo ameriten o para agendamiento de la próxima consulta	Referencias/Contrareferencia
26	Educadora para la Salud	Promoción e IEC. Grupos de autoayuda. Promover actividades físicas con las mujeres para prevención de enfermedades crónicas	Registro de actividades de Educadora para la salud

4.2. FLUJOGRAMA



SIMBOLOGÍA

Símbolo	Nombre
	Evento
	Actividad
	Decisor
	Flujo de secuencia
	Flujo de mensaje
	Documento
	Proceso predefinido
	Inicio de referencia de página
	Final de referencia de página
	Base de datos
	Almacenamiento interno

5. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA (RESPUESTA A LA REFERENCIA)

5.1. SISTEMA DE REFERENCIA INTERNA EN CM-INTERMÓDULOS

- La operativización de la referencia entre módulos; se debe realizar mediante una hoja estandarizada para tal fin “Ficha de Referencia Interna-Intermódulos en CM Honduras” (Anexo 13) en original y copia. Si es una emergencia debe ser acompañada por el personal del Módulo que refiere o contrarefiere externamente, éste es la responsable de entregar los documentos a su destino final. (Ver anexo 14: Hoja de referencia y contrareferencia externa)
- Al detectarse un caso violencia sexual o intrafamiliar en el tamizaje la usuaria será referida al MVCM.
- En el caso de detección de un caso de violencia ejercida contra un menor también será referido al MVCM.
- Tratamiento según conjunto de prestaciones definidos en capítulo anterior (ver Cuadro 10).

Se utilizarán las fichas estandarizadas para el tamizaje de violencia (ver Anexo nº 5), las fichas de referencias internas-intermódulos (ver Anexo nº13) y las finchas para el registro de control de referencias (Anexo nº 15).

Cuando una usuaria es atendida en el MSSR y la funcionaria de alguna de las instituciones que la atiende detecta que sufre secuelas o problemas de violencia la remite al Módulo de Violencia Contra las Mujeres (MVCM) para que se le brinde la atención necesaria. De igual manera, desde el MVCM se remitirá al MSSR todas aquellas mujeres sobrevivientes de violencia que requieran atención de salud.

Desde el Módulo de Educación Colectiva se podrán identificar también, al nivel comunitario o territorial, mujeres que requieran servicios del MSSR.

El Módulo de Atención a Adolescentes se apoyará en el MSSR para que se le brinden servicios adecuados a sus necesidades y se realice de forma idónea.

Después de que las usuaria hayan recibido el servicio necesario en los otros módulos, puede ser remitida nuevamente al MSSR para que continúe con la atención de acuerdo al servicio que demande, o puede seguir recibiendo los servicios en forma simultánea en varios módulos. De igual manera, se deberá garantizar la contra referencia del MSSR al resto de módulos cuando se reciban usuarias referidas de los mismos.

Todos los recursos humanos de CM estarán capacitados para brindar atención integral a las mujeres que solicitan los servicios. CM contará con un sistema de información.

Cuando en el seguimiento a los casos se detecte que una usuaria necesita en forma paralela una atención integral, es decir la intervención de varios módulos al

mismo tiempo, deberá de desarrollarse un proceso de interconsulta y/o discusión (entre los módulos) sobre el caso. La interconsulta tiene el propósito de revisar y determinar la ruta que se recomienda seguir a la usuaria, para que en el proceso de atención integral se dé respuesta a sus necesidades específicas.

Las proveedoras de servicios de los módulos se apegarán al código de ética de CM y a los principios del código de ética de sus respectivas profesiones.

A continuación se establecen los niveles de coordinación e interseccionalidad entre los módulos que sirven de base para las referencias internas en CM.

Cuadro 12: Intersecciones del MSSR con los otros módulos de CM

Módulo de Violencia Contra las Mujeres (VCM)	Módulo de Atención Infantil (MAI)	Módulo de Autonomía Económica (MAE)	Módulo de Educación Colectiva (MEC)	Módulo de Atención a Adolescentes (MAA)
<ul style="list-style-type: none"> • Detección de casos. Tamizaje de casos de violencia doméstica y violencia sexual • Referir para atención psicológica especializada en violencia. • Actuación conjunta en caso de activación de Códigos de Emergencia 1: Violencia sexual y Código 2: violencia física, psicológica, patrimonial o económica 	<ul style="list-style-type: none"> • Detección y atención a casos de violencia contra niñas y niños atendidos en el MAI serán referidos al MVCM. • Detección y atención a casos de salud de niñas y niños atendidos en el MAI • Atención a niñas y niños durante proceso de atención en MSSR de sus madres o responsables 	<ul style="list-style-type: none"> • Información s/ITS y VIH como parte de la orientación laboral • Detección de problemas de salud que afectan el desempeño económico de las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación a jóvenes y población en riesgo a nivel territorial sobre temas de SSR (ITS y VIH, etc.) • Promoción de la salud desde un enfoque de derechos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios amigables de SSR para mujeres adolescentes en espacios y horarios diferenciados acordes a sus necesidades • Prevención de embarazo adolescente, ITS y VIH

Normas del sistema de referencia. Se contará con normas comunes para la referencia interna que incluirán los roles, responsabilidades y limitaciones de cada instancia participante, las fichas de referencia y contraferencia, los mecanismos de comunicación directa con las instancias que realizan la referencia y las que reciben la usuaria referida, así como el sistema de monitoreo de las referencias y los servicios provistos. Se utilizarán las fichas estandarizadas para todas las referencias que se realicen desde el MAE (ver Anexos 13, 14,15). Todas las instancias participantes en el sistema deberán firmar un memorándum de entendimiento describiendo las responsabilidades institucionales respecto a la atención de los casos referidos desde CM y el criterio de prioridad que se aplicará a estos casos.

Criterios para la referencia interna:

- Toda usuaria que requiera servicios especializados o específicos de otros módulos que son provistos por CM.
- Consentimiento por parte de la usuaria para recibir atención en los módulos a los que se le refiera.

Información para la usuaria. La usuaria recibirá información sobre: i) Las razones e importancia de la referencia, ii) Cómo llegar a la instancia y entidad a la que ha sido referida, iii) Tipo de atención/ servicios que recibirá en dicha instancia; y iv) Proceso de seguimiento cuando regrese al MSSR.

Desarrollo de capacidades de proveedoras/es. El personal de CM y las instancias participantes en el sistema de referencia recibirán capacitación continua para implementar la referencia según las normas de CM, intercambio de experiencias e información así como para la retroalimentación periódica sobre el funcionamiento del sistema de referencia.

Seguimiento a las referencias. Será realizado a través del sistema de información que se creará para tal fin y la coordinación continua con las instancias que forman parte del sistema de referencia; y el contacto telefónico con la usuaria o por otras vías que se estimen convenientes de mantener con las usuarias.

5.2. SISTEMA DE REFERENCIA EXTERNA A CM

Para el funcionamiento del sistema de referencia y respuesta a la referencia, se requiere la integración en red de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención; para desarrollar la integración se vuelve necesaria la implementación de metodologías que permitan la discusión de casos, interconsultas y educación continua entre los diferentes niveles de la red de servicios, así como el control ejercido por el comité de la red.

El Módulo de SSR se articula a la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) de la SESAL.

Se harán referencias mediante la coordinación con la RISS, ya sea para el primero, segundo o tercer nivel, según corresponda, dando seguimiento hasta completar el proceso de atención.

La operativización de la referencia desde su elaboración en el Módulo de SSR hacia el Hospital, dirigida a consulta externa o emergencia; se debe realizar mediante una hoja estandarizada para tal fin "Hoja de Referencia, interconsulta y contrareferencia (Respuesta a la referencia)" en original y copia. Si es una emergencia debe ser acompañado por el personal de salud del Módulo de SSR, éste es el responsable de entregar los documentos en su destino final.

5.2.1. Proceso de atención a usuarias que ingresan por referencia

- Recepción de la referencia
- Clasificar la referencia según especialidad solicitada
- Brindar atención solicitada según flujograma antes definido
- Entrega de hoja de contrareferencia (hoja de respuesta a la referencia) a la usuaria.
- Comunicar al establecimiento de procedencia para seguimiento comunitario.

5.2.2. Criterios para referir a usuarias a otros establecimientos de salud

- Toda usuaria que tiene acceso a un establecimiento de primer nivel de atención en su territorio y no necesita atención especializada.
- Toda usuaria que ha recibido una atención básica y requiere atención especializada de mayor nivel.
- Usuaria cuya patología está controlada.
- Toda usuaria que requiere atención de mayor complejidad

5.2.3. Proceso de atención a usuarias referidas a otros establecimientos de salud de mayor complejidad

- Estabilización o preparación de la paciente si es necesario, según protocolos normados por la SESAL.
- Elaboración de hoja de referencia con información completa requerida en formato estandarizado para tal fin.
- Coordinar transporte y traslado de usuaria, según sea el caso
- Coordinación previa con el sitio de referencia para garantizar la atención oportuna y calificada.
- Registro de la referencia en el formato correspondiente.
- Acompañamiento de la usuaria, si fuera necesario
- Notificación de casos al lugar de procedencia.

5.2.4. Seguimiento de referencias, usuarias agendadas y faltistas

Se establecerá un mecanismo de comunicación con las usuarias y los establecimientos de la RISS para la localización y seguimiento de aquellas usuarias que deban ser evaluadas en el establecimiento y con la frecuencia establecida de acuerdo con su riesgo individual.

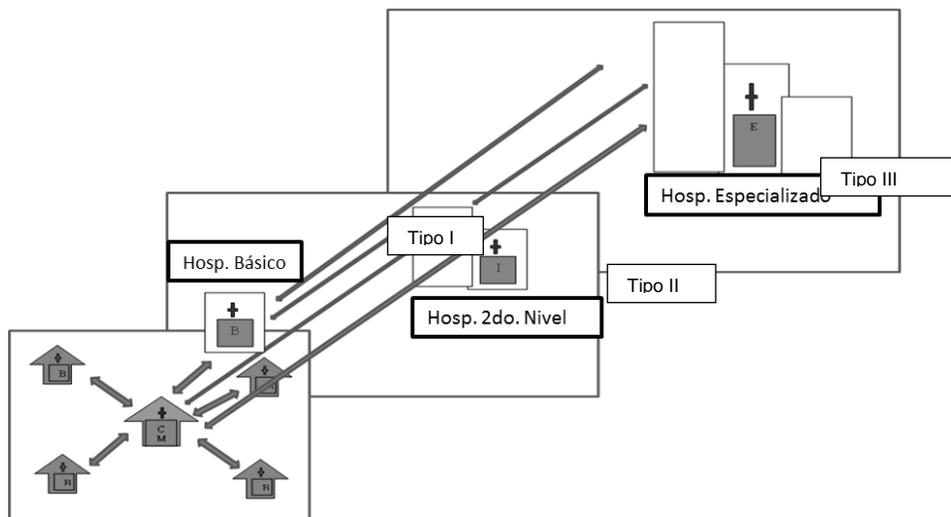
Criterios para el seguimiento de la usuaria:

- Toda usuaria embarazada con atención prenatal especializada deberá seguir sus atenciones de acuerdo a norma o según patología detectada.
- Toda usuaria que requiera seguimiento de acuerdo con patología atendida.
- Toda usuaria que no se presenta a su cita con especialista.
- Toda usuaria referida a otro nivel de atención para completar su proceso de atención.

Proceso para la atención de usuarias agendadas para la consulta subsiguiente:

- Registro de personas citadas
- Preparación de expedientes con un día de anticipación a la cita establecida
- Verificar la existencia de exámenes pendientes para su incorporación al expediente clínico.
- Coordinación con el nivel local de procedencia de las usuarias para su localización.
- Comunicación telefónica con usuarias para verificar su atención, o para completarla, si es posible.
-

Figura 2. Operativización de la Referencia y Retorno del MSSR y la RISS



Fuente: Elaboración propia

6. PERSONAL QUE INTEGRA EL MSSR

Para el funcionamiento del MSSR, se cuenta con un ESE que brinda atención integral a las mujeres con énfasis en SSR, según el siguiente cuadro:

Cuadro 13. Listado y funciones del equipo multidisciplinario de salud especializado que integra el MSSR

N°	Nombre la disciplina de los Recursos Humanos (RRHH)	Total RRHH	Función del puesto
1	Médica Especialista en Salud Pública o Epidemiología (Coordinadora del Módulo)	1	Coordinar el trabajo del equipo de profesionales del Módulo; supervisar la aplicación de estándares de atención; supervisar las referencias internas y externas; elaborar informes estadísticos; ejecutar acciones de planificación, monitoreo y seguimiento en el Módulo de SSR, comprobando cobertura y calidad de las acciones para lograr resultados óptimos, oportunos y eficientes en el empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones libres e informadas, aplicando el marco regulatorio vigente, para contribuir con la atención integral de salud de la población; coordinar estrategias conjuntas con otros módulos y las del sistema de referencia en su conjunto y dar seguimiento a los mecanismos de participación de las usuarias.
2	Médica Especialista en Ginecoobstetricia (por 8 horas diarias)	2	Brindar atención médica preventiva y curativa a mujeres con problemas ginecoobstétricos, mediante la aplicación de procedimientos médicos de complejidad diagnóstica y terapéutica, con base a la normativa, guías y protocolos de atención establecidos a fin de brindar servicios de salud con calidad, calidez y oportunidad a la población, contribuyendo con la recuperación de la salud de las mujeres en el marco del modelo de atención integral en salud en el curso de vida.
3	Médica Especialista en Medicina Interna (por 8 horas diarias)	1	Brindar atención medica preventiva y curativa, diagnóstico, tratamiento, con el fin de identificar, prevenir, tratar o referir oportunamente a otras instancias las mujeres con enfermedades prevalentes de la edad, para contribuir con la

			salud de la mujer minimizando riesgos y garantizando el continuo de la atención.
4	Médica Especialista en Pediatría (por 8 horas diarias)	1	Brindar Atención a niñas/os hasta los doce años de edad y/o niñas/os sanas/os que acompañen a mujeres que se encuentren recibiendo servicios dentro de CM, que estén enfermos habiendo sido detectados por la pediatra, personal del Módulo de Atención Infantil o en recepción, o sanos, con el fin de identificar, prevenir, tratar o referir oportunamente a otras instancias a las y los niños con enfermedades prevalentes de la edad y/o faltistas de controles infantiles o vacunas, para contribuir con la salud de los niños/as minimizando riesgos y garantizando el continuo de la atención.
5	Médica Consulta General (por 8 horas diarias)	1	Realizar el Triage. Brindar atención medica preventiva y curativa general, diagnóstico, tratamiento, con el fin de identificar, prevenir, tratar o referir oportunamente a especialistas del módulo mujeres con enfermedades prevalentes de la edad, para contribuir con la salud de la mujer minimizando riesgos y garantizando el continuo de la atención. Así como, apoyar a la coordinación en la gestión del Módulo.
6	Odontóloga (por 8 horas diarias)	1	Brindar atención odontológica preventiva y curativa con énfasis en mujeres embarazadas y niños/as (según normas de atención del Ministerio de Salud o ente rector de la salud), para contribuir con la salud de la mujer minimizando riesgos y garantizando el continuo de la atención.
7	Enfermera Salubrista	1	Brindar cuidado de enfermería a las mujeres, con oportunidad y calidad, brindando atención de salud integral e integrada intra y extramuros, utilizando las herramientas del proceso de atención de enfermería fundamentadas en la Atención Primaria en Salud Integral, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación social para el abordaje intersectorial de los determinantes sociales en el curso de vida, priorizando los grupos de mayor riesgo (embarazadas, puérperas, recién nacidos, menores de cinco años, adolescentes, adultas mayores) y cumpliendo las normas, protocolos, guías y

			procedimientos establecidos, a fin de contribuir al mejoramiento de la salud de las mujeres.
8	Psicóloga	1	Proporcionar servicios psicológicos a pacientes/ usuarias que lo requieran o soliciten, del MSSR o de la RISS, mediante el diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, atendiendo problemas que limitan su recuperación total y la integración biopsicosocial satisfactoria en su medio, contribuyendo así, con el proceso de rehabilitación integral de las mismas; así también realizar acciones de promoción y prevención en salud mental.
9	Educadora de Salud	1	Coordinar con un enfoque de determinantes sociales el programa de educación para la salud, así mismo, la implementación de procedimientos y estrategias educativas para provocar cambios de conducta y mejora de los hábitos sanitarios de las mujeres, familia y comunidad, realizando acciones de promoción, prevención y seguimiento a la salud integral de las mujeres bajo su responsabilidad, de igual manera el cumplimiento de las normas, protocolos y procedimientos establecidos, a fin de contribuir participativamente en el mejoramiento de la salud de las mujeres.
10	Técnica en Radiología	1	Realizar estudios radiológicos y de imágenes convencionales y especiales con excelente calidad diagnóstica aplicando manuales, normas de protección radiológica, guías de atención y procedimientos establecidos, a fin de apoyar de manera efectiva a las médicas en la formulación del diagnóstico y tamizaje de cada paciente, para brindar atención eficaz, eficiente y con calidez al usuario en el marco del modelo de atención en salud.
11	Nutricionista	1	Brindar atención nutricional preventiva y curativa con énfasis en mujeres embarazadas, lactantes, adolescentes y niños/as, para contribuir con la salud de la mujer minimizando riesgos y garantizando el continuo de la atención. El enfoque nutricional estará orientado a la ingesta de alimentos saludables que promueven hábitos de vida sanos.
12	Microbióloga	2	Efectuar, exámenes clínicos de rutina y especializados en las áreas de Coprología, Urianálisis, Hematología, Química Clínica,

			Bacteriología e Inmunología a usuarias del que consultan al Módulo de SSR y/o referidos por los establecimientos de salud de la RISS de acuerdo a normas establecidas de laboratorio y normas de bioseguridad, a fin de garantizar resultados confiables, siguiendo procesos estandarizados que aseguren la calidad.
13	Técnica Citotecnóloga	1	Recepcionar las pruebas citológicas, interpretar y diagnosticar, de acuerdo a procedimientos establecidos las citologías vaginales (detección de cáncer, lesiones pre-cancerosas, inflamaciones parasitarias, etc.), realizar lecturas al microscopio de laminillas, frotis citológicos y de líquidos, trasladar a la Coordinadora del MSSR los casos sospechosos (displasias y positivos), revisar y firmar informes diagnósticos de citologías, supervisar la preparación de colorantes para la tinción de papanicolau y otros similares y elaborar hoja diaria de diagnóstico.
14	Auxiliar de Enfermería	2	Apoyar en los cuidados de enfermería a las mujeres, con oportunidad y calidad, brindando atención de salud integral e integrada intra y extramuralmente, utilizando las herramientas del proceso de atención de enfermería fundamentadas en la Atención Primaria en Salud Integral, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación social para el abordaje intersectorial de los determinantes sociales en el curso de vida, priorizando los grupos de mayor riesgo (embarazadas, puérperas, recién nacidos, menores de cinco años, adolescentes, adultas mayores) y cumpliendo las normas, protocolos, guías y procedimientos establecidos, a fin de contribuir al mejoramiento de la salud de las mujeres.
15	Asistente de Laboratorio	1	Ejecutar labores auxiliares en el Laboratorio Clínico en apoyo a los profesionales y que no implican mayor grado de responsabilidad, contribuyendo con la realización ágil y oportuna de los exámenes de laboratorio necesarios para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.
16	Asistente de Odontología	1	Asistir al odontólogo en la atención a la usuaria proveyéndole de los insumos, instrumentos y materiales necesarios para la consulta y

			realización de procedimientos; así también asistir en los procesos administrativos que demanda el servicio de acuerdo a normas, manuales, reglamentos y procedimientos establecidos, a fin de contribuir en la atención odontológica de calidad para la satisfacción de la usuaria y al cumplimiento de objetivos establecidos.
17	Auxiliar de Estadística y documentos médicos	1	Efectuar los diferentes procesos establecidos para la asistencia a la coordinación del Módulo en el procesamiento de la información estadística, a fin de contribuir a que las usuarias de los servicios de salud reciban atención oportuna, con calidad y calidez y disponer de información estadística de calidad para la toma de decisiones.
18	Auxiliar Administrativo (Encargada de archivo)	2	Realizar los diferentes procesos establecidos para el manejo de los documentos médicos en la atención directa de usuarias, a fin de contribuir a que las usuarias de los servicios de salud reciban atención oportuna, con calidad y calidez.
19	Técnica de Farmacia	1	Efectuar acciones de recepción, manejo, control y despacho de medicamentos a pacientes de acuerdo a prescripción médica, así también llevar los registros mecanizados y manuales de los medicamentos despachados, facilitando el control de los mismos y evitando su desabastecimiento, en cumplimiento con la normativa vigente, para contribuir a la atención de salud de calidad.
20	Colaboradora de Servicios Varios	1	Realizar diligencias oficiales locales, llevar y recoger correspondencia y documentos varios, fuera de la institución con el fin de agilizar los trámites oficiales. Además, mantener limpias y ordenadas las instalaciones del Módulo de Salud.
21	Motorista I	1	Conducir y controlar el mantenimiento de la ambulancia y/o medio de transporte asignado al Módulo de SSR. Así como, realizar el traslado de pacientes a nivel de mayor complejidad de atención.
TOTAL		25	

Fuente: elaboración propia

Los recursos humanos que integran el equipo de salud especializado del Módulo de SSR son en promedio 20 disciplinas con 25 personas; son exclusivamente mujeres.

7. EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MSSR

La institución responsable del abastecimiento de medicamentos e insumos médicos es la SESAL.

El listado oficial de medicamentos e insumos médicos definidos para el MSSR tiene como finalidad favorecer la accesibilidad y oportunidad de los medicamentos bajo la premisa de un uso racional, así como también mejorar la cobertura y la calidad de atención en el MSSR con criterio de costo/beneficio.

La regulación, gestión del suministro, prescripción y dispensación de los medicamentos, en el MSSR se realiza bajo la normativa de la Secretaría de Salud, según la versión del listado oficial de medicamentos vigente. Los medicamentos que conforman la lista de medicamentos están clasificados de acuerdo a sus propiedades terapéuticas, lo que facilita su uso racional y gestión administrativa.

El Listado Oficial de Medicamentos contiene:

- Grupos terapéuticos que incluyen: Principios activos y Presentaciones farmacéuticas
- Preparados Magistrales que incluyen: Pomadas o Ungüentos, Soluciones, Tinturas, Colodiones, Pastas, Lociones y Sobres.

7.1. MEDICAMENTOS

La prescripción de medicamentos deberá realizarse tomando como referencia las descripciones de los productos farmacéuticos que están disponibles en el listado oficial de medicamentos vigente.

La prescripción de medicamentos en el MSSR, está autorizada para los profesionales siguientes:

- Profesionales de Medicina General,
- Profesionales de Medicina de Especialidades y
- Profesionales de Odontología, quienes deberán estar debidamente inscritas en su respectiva Junta de Vigilancia.

El personal de enfermería y el personal paramédico está autorizado para realizar la entrega exclusiva de aquellos medicamentos utilizados en los programas de atención en salud pública, de acuerdo a las normas o protocolos de tratamiento vigentes por ejemplos abastecimiento de métodos de planificación familiar, micronutrientes.

Los medicamentos deben prescribirse utilizando el nombre genérico establecido en el listado oficial vigente, de acuerdo a su nivel de uso y regulación de prescripción.

Cuadro 14. Listado de insumos mínimos requeridos

1	Cinta obstétrica
2	Gestograma
3	Espátulas de Ayre Láminas y laminillas
4	Caja transportadora de citologías
5	Curaciones y torundas
6	Ácido Acético Spray
7	Pruebas rápidas de laboratorio (proteínuria, nitritos, leucocitos)
8	Prueba rápida de embarazo
9	Termómetros
10	Riñonera de acero inoxidable
11	Agujas e hilos para sutura de desgarros
12	Pruebas de laboratorio
13	Sueros Descartables con venoclisis
14	Guantes quirúrgicos y no quirúrgicos
15	Sonda vesical
16	Anestesia local
17	Equipo de reanimación
18	Sulfato de magnesio
19	Gluconato de calcio
20	Oxitocina
21	Jeringas
22	Esparadrapo

7.2. OTROS INSUMOS

Cuadro 15. Detalle de papelería necesaria

1	Hoja para expediente clínico
2	Hoja clínica perinatal
3	Hojas de registro
4	Hojas de reporte de laboratorio y citología
5	Trifolios o bifolios educativos (IEC)
6	Hojas de referencia y contrareferencia
7	Afiches y rotafolios de IEC
8	Hoja de Reporte para crio o cono por asa

Ver Anexo 17 donde se detalla el listado del equipamiento requerido para el MSSR.

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Impacto esperado:

I.1. Reducir la tasa de mortalidad materna y por cáncer (cérvico-uterino y de mama) en mujeres de 15 años o más de edad en Honduras

I.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 años de edad en Honduras

Resultados esperados:

R.1. Reducir la tasa de mortalidad materna y por cáncer (cérvico-uterino y de mama) en mujeres de 15 años o más de edad en Francisco Morazán, Cortés y Atlántida (departamentos a validar)

R.2. Reducir la tasa de mortalidad infantil en Francisco Morazán, Cortés y Atlántida (departamentos a validar)

A continuación se presentan los principales indicadores asociados al Componente de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva al que el MSSR pertenece:

Cuadro 16. Indicadores de monitoreo y evaluación del MSSR

NIVEL	INDICADORES	Unidad de medida	Línea de base	Medio de verificación
Nacional	DE IMPACTO			
	Muertes	Tasa de	100/74	OPS/OMS

	maternas (mujeres de 15 años o más) en Honduras	mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100.000 NV)		
	Muertes por cáncer cervicouterino en mujeres de 15 años o más en Honduras	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino (número de muertes por cada 100.000 mujeres)	16.8	GLOBOCAN 2012
	Muertes por cáncer de mama en mujeres de 15 años o más en Honduras	Tasa de mortalidad por cáncer de mama (número de muertes por cada 100.000 mujeres)	11.8	GLOBOCAN 2012
Departamentos de localización de los CCM	DE RESULTADOS ESPERADOS			
	Muertes maternas (mujeres de 15 años o más)	Tasa de mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100.000 NV)		
	Muertes por cáncer cervicouterino en mujeres de 15 años o más	Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino (número de muertes por cada 100.000 mujeres)		

	Muertes por cáncer de mama en mujeres de 15 años o más	Tasa de mortalidad por cáncer de mama (número de muertes por cada 100.000 mujeres)		
RESULTADOS INTERMEDIOS				
	Ri1. Mujeres embarazadas inscritas antes de las 4 meses de embarazo	Porcentaje	78% antes de los 4 meses	ENDESA 2011-12
	Ri2. Mujeres embarazadas que reciben por lo menos 4 controles prenatales.	Porcentaje	89% 4 controles	ENDESA 2011-12
	Ri3. Mujeres posparto en control puerperal antes de los 7 días	Porcentaje	83%	ENDESA 2011-12
	Ri4. Mujeres de 30 a 59 años o más con experiencia sexual que se han tomado la citología en los últimos dos años	Porcentaje	41.84% (30 a 59 años)	ENDESA 2011-12
	Ri5. Mujeres de 40 años o más que se han tomado la mamografía, ultrasonografía o radiografía de mamas en los últimos dos	Porcentaje	-	Datos administrativos CM (SESAL)

	años			
	Ri6. Mujeres con resultados "positivos" de algún tipo de lesión cérvico-uterina en CM que recibieron o fueron referidas para tratamiento especializado	Porcentaje	-	Datos administrativos CM (SESAL)
	Ri7. Mujeres diagnosticadas con algún tipo de tumor de mamas en CM, que fueron referidas a tratamiento especializado	Porcentaje	-	Datos administrativos CM (SESAL)
	Ri8. Mujeres detectadas por primera vez en su vida con hipertensión arterial en CM de todas las consultantes	Porcentaje	-	Datos administrativos CM (SESAL)
	Ri9. Mujeres detectadas por primera vez en su vida con Diabetes Mellitus MSSR en CM.	Porcentaje	-	Datos administrativos CM (SESAL)
Operacional /Institucional en cada CCM	DE PRODUCTOS (nº de servicios brindados)			
Productos	Mujeres que se realizan una mamografía	Número de mujeres	-	Datos administrativos de CCM (SESAL)
	Mujeres que se realizan una ultrasonografía de mama	Número de mujeres	-	

	Mujeres que se realizan una citología	Número de mujeres	-	
	Mujeres que se realizan una colposcopia	Número de mujeres	-	
	Mujeres que se realizan controles preconceptionales	Número de mujeres	-	
	Mujeres que se realizan controles prenatales	Número de mujeres	-	
	Mujeres que se realizan chequeos postnatales	Número de mujeres	-	
	Mujeres que reciben servicios de PF	Número de mujeres		

9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES

Riesgos	Recomendaciones
MSSR no se articula con los Establecimientos de salud cercanos para asegurar el seguimiento de casos en la comunidad	La coordinadora del Módulo debe ser parte del Consejo de Gestión de la RISS e implementar el sistema de Referencia y contrareferencia (respuesta a la referencia)
El cobro de servicios de SSR limita el acceso de las usuarias al CM	Garantizar partida presupuestaria específica para el MSSR y evitar los cobros de servicios en CM
Se desconoce la demanda potencial por no planificar poblacionalmente y satura el servicio	Planificar la oferta con base a la población del área de influencia y a la demanda potencial de la referencia generada por la RISS. Definir y comunicar claramente qué servicios presta el MSSR y con qué alcances.
La demanda se atiende de forma espontánea según la refieren las orientadoras que derivan los casos sin	Coordinar entre Orientadoras y MSSR a fin de definir criterios selección de las mujeres que deben pasar por el MSSR.

coordinación con el MSSR	
Limitada coordinación con módulo de violencia	Coordinar con el módulo de violencia para preservar la evidencia, administrar antiretrovirales y métodos de PF de emergencia
Respuesta tardía de resultados de citología y tratamiento oportuno de lesiones precancerosas	Definir el centro de lectura de citología y respuestas oportunas para el tratamiento precoz de las lesiones o implementación del IVAA
La mayor queja de las usuarias es el tiempo de espera para ser atendidas en el MSSR	Implementar el Sistema de Gestión del Tiempo y la demanda (agendamiento de la consulta escalonada)
Retraso en la lectura de mamografía por falta de radióloga	Digitalizar las mamografías y radiografías para centralizar la lectura.
Sobresaturación de pacientes en laboratorio por exámenes de laboratorio realizados a la RISS	Se debe de recibir la muestra, procesarla y entregar el resultado al establecimiento de salud que la envió en forma programada.
Falta de disponibilidad de ambulancia para traslado de pacientes	Se debe de definir dentro de la RISS quien prestará el servicio de ambulancia con oportunidad
Alta demanda de mujeres por servicios que no son de SSR	Dar la primera atención y referir a la red de servicios de salud del primer o segundo nivel de atención
Falta de coordinación para la atención de niños/as acompañantes de mujeres a CCM	Alta coordinación entre el Módulo de Atención Infantil y el MSSR. Así como, la coordinación con la RISS para seguimiento y atención de niños/as.
Largas lista de espera y desabastecimiento de medicamentos.	Gestión clínica y de logística de abastecimiento de medicamentos e insumos. Así como, adenda al nivel de uso del listado de medicamentos para el primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Interamericano de Desarrollo. Embarazo adolescente y salud sexual, 2015.
2. Guttmacher Institute. Salud sexual y reproductiva de la juventud hondureña, Serie 2007, No. 3.
3. Haydeeliz Carrasco, (2012).El Embarazo Adolescente en Hogares Pobres de la República Dominicana: Evidencia a partir de la EEPS 2010; Banco Central de la República Dominicana (BCRD)-Departamento de Cuentas Nacionales y Estadísticas Económicas. Gabinete de Coordinación de las Políticas Sociales (GASO). Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
4. Instituto Nacional de Estadística: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2011-2012.
5. Ministerio de Salud República de El Salvador. LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LOS ECOS FAMILIARES Y ECOS ESPECIALIZADOS. 2011.
6. OPS. Encuesta Nacional Sobre la Capacidad de los países para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2013.
7. OPS. Indicadores Básicos de Salud, República Honduras, 2013
8. OPS. Salud sexual y reproductiva al alcance de adolescentes pobres y en situación de vulnerabilidad, Washington, DC 2013
9. Organización Panamericana de la Salud. Situación de los Programas para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino: Evaluación rápida mediante encuesta en 12 países de América Latina. Washington, D.C. 2010
10. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2009.
11. Organización Mundial de la Salud. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Geneva, 2008.
12. SESAL. Modelo Nacional de Salud, Tegucigalpa, Honduras, Mayo 2013.
13. SESAL. Conjunto de Prestaciones de Salud a Garantizar (CPSG). Tegucigalpa, Honduras, Abril 2014.
14. SESAL. Listado Nacional de Medicamentos Oficial de la Secretaria de Salud, aprobado mediante Acuerdo Ministerial No. 300-2015 y publicado en el Diario Oficial "La Gaceta" el 27 de mayo del 2015.

15. SESAL. Normas y Procedimientos Para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad, Tegucigalpa, 2010
16. SESAL. Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal, Tegucigalpa, MDC. 2010
17. SESAL. Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (ENAPREAH), Tegucigalpa M.D. C. Septiembre 2012.
18. SESAL. Actualización de la razón de mortalidad materna, Honduras año 2010. Tegucigalpa, agosto de 2013.
19. SESAL. Políticas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva, Tegucigalpa, Honduras, 1999.
20. SESAL. Plan Nacional de Salud 2021
21. SESAL. REGLAMENTO TECNICO DE LICENCIAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RTH-SESAL-01:13
22. UNFPA, Análisis de Situación de Población y Salud, Honduras, junio 2007.
23. UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe. Pobreza, salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. México DF ISBN # 0-89714-762-6. 2005.nt document.
- 24.1 UNODC, WHO and Stop Rape Now (2015). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1
- 25.1 WHO (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf
26. WHO (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_le_g_guidelines/en/ANEXOS

ANEXO 1: Marco conceptual

La SSR tradicionalmente se ha enfocado en los aspectos biológicos de la reproducción y sobre una base sociocultural que identifica la construcción de la identidad de género de las mujeres centralizada en la maternidad, subordinada al poder masculino, lo que propicia embarazos y maternidad impuesta y a prácticas sexuales de riesgo. Por lo tanto, históricamente la oferta de SSR ha estado orientada a servicios de salud materna y PF, es decir solamente a la salud reproductiva.

Los procesos de SSR inician desde el nacimiento con la socialización genérica diferenciada entre niñas y niños, que juega un papel importante en la creación de conductas y ejercicio de la SSR en el curso de vida, vinculados también a las determinantes sociales y a la violencia ejercida entre los integrantes de la familia, en detrimento de la salud de las niñas, niños, adolescentes y mujeres

Componentes de la SSR:

Atención materna y perinatal, PF, prevención y control del cáncer de cérvix y mamario, violencia contra las mujeres, prevención de embarazo en adolescentes, prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis, prevención de las ITS, estudio de morbilidades extremas y muertes maternas.



La SSR implica:

- Elegir la pareja con libertad y responsabilidad, y disfrutar de la sexualidad propia sin sentir culpa, vergüenza o temor.
- La libertad para decidir tener o no tener hijas e hijos, el momento en que se van a tener y la frecuencia.

- La posibilidad de tener un embarazo, parto y post-parto sin riesgo para la madre y para su niña/o.
- La posibilidad de tener relaciones sexuales coitales (por decisión libre y responsable) que sean gratificantes para ambas personas, y sin el temor a un embarazo no planificado o una ITS/VIH.
- La información y el acceso a métodos de PF seguros y eficaces.
- Como parte de la salud reproductiva, es fundamental el derecho al acceso a una sexualidad plena y enriquecedora, para el bienestar integral de las personas y familias.
- Identificar posibles transgresiones de los derechos humanos propios relacionados con la sexualidad y la salud sexual, y protegerse a una misma y a los demás de actos, prácticas y relaciones sexuales indeseadas o perjudiciales; entre otros.

El MSSR está basado en la estrategia de atención primaria de salud con un enfoque integral e integrado, a lo largo del curso de vida de la mujer. Uno de los pilares fundamentales de esta estrategia es el enfoque intersectorial, incorporando un abordaje de determinantes sociales de la salud a través de una red que se involucra desde la comunidad hasta los niveles de mayor complejidad para tener control de dichas determinantes, mejorar la calidad de vida y del entorno, así como la calidad de los diferentes servicios principalmente los de Salud Sexual y Reproductiva.

El marco conceptual y los principios rectores se centran en:

1. Equidad de Género
2. Equidad de Derechos
3. Interculturalidad
4. Integralidad de Acciones
5. Abordaje Territorial

Las acciones para el funcionamiento del módulo deben de incorporar aspectos de gerencia, red de servicios, oferta de servicios integrales e integrados y otros como la calidad de atención, esto en el marco de trabajo de un comité técnico nacional interinstitucional.

ANEXO 2: MARCO LEGAL

Normativa Internacional

El derecho a la SSR está sustentado en un marco legal amplio a nivel internacional y debe estarlo a nivel nacional para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres en el país.

En el marco internacional de los DDHH, el programa de acción de la Conferencia Internacional para el Desarrollo y la plataforma de Beijing, reconoce los derechos sexuales y reproductivos como DDHH universales y define los derechos sexuales como "el derecho de las personas a tener control respecto a su sexualidad, incluyendo su salud sexual y reproductiva y a decidir libre y responsablemente acerca de su vida, sin verse sujeta o sujeto a la coerción, la discriminación y la violencia".

Los derechos reproductivos incluyen:

- Derecho a vivir libre de discriminación, riesgo y amenaza.
- Derecho de adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia.
- Derecho de información oportuna, científica, acerca de la sexualidad y la reproducción humana.
- Respeto a la opción de la reproducción.
- Libertad de fundar una familia.
- Libertad de decidir sobre el número de hijas e hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos.
- Tener la información, educación, comunicación y medios para ello.
- Tener acceso a servicios de calidad.
- Contar con medidas de protección a la maternidad.

Los derechos sexuales incluyen:

- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- Elección del estado civil.
- Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- A la igualdad de sexo y género.
- Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- Libertad de elegir compañera-compañero sexual.
- Elegir si tener o no relaciones sexuales.

- A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.

Es posible la promoción y protección de estos DDHH a través de principios que logran impedir el abuso y la vulneración de ellos y establecer compromisos para su cumplimiento entre los que se pueden mencionar:

1. Asegurar el respeto y protección plena de los derechos y permitir que las mujeres lo ejerzan con libertad.
2. Asegurar e incorporar en las políticas nacionales el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental durante el ciclo vital, especialmente en la esfera de la salud sexual y reproductiva sobre la base de la igualdad entre mujeres y hombres, niñas y niños.
3. Asegurar el pleno respeto a la integridad de las personas en materia de relaciones sexuales.
4. Asegurar la elección y el consentimiento de manera responsable, informada y libre, brindando información completa, exacta sobre la variedad de métodos anticonceptivos o proconceptivos, sus beneficios y efectos secundarios que permita a las personas y las parejas adoptar decisiones voluntarias e informadas.

Debe realizarse divulgaciones tanto de los derechos sexuales como los reproductivos, así como el goce de la salud sexual, hacer una introspección de su significado, llevar a cabo enseñanza en las diferentes etapas de la vida del ser humano para enriquecer estas áreas como aporte social valioso.

Normativa Nacional

Los principales instrumentos reguladores vigentes son los siguientes:

1. Políticas:
 - La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de salud, aprobada en 1999.
 - Visión de país 2010-2038
 - Plan de Nación 2010-2022
 - Plan de todos para una Vida Mejor
 - El Plan Nacional de Salud 2014-2018
 - Plan Multisectorial del prevención del embarazo en adolescente en Honduras, 2014
 - En la Política Nacional Sanitaria del Gobierno para el 2002 al 2006, se establece la reducción de la mortalidad materna e infantil como una prioridad.
 - La Política Nacional sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/Sida (2015)
 - Política nacional de salud sexual y reproductiva, versión agosto 2015.

- Política de Igualdad y Equidad de Género, 2010-2022
- Modelo Nacional de Salud 2013
- Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud 2009.
- PCM-061-2013
- Reglamento de Organización y Funciones de la SESAL, 2014

2. Leyes:

- Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, aprobada en el 2000, establece el derecho de no interrumpir sus estudios en los centros educativos para las estudiantes embarazadas, reconoce a las parejas su derecho de decidir sobre el número de hijos/as que desean tener y el espaciamiento en los embarazos; prohíbe a los empleadores exigir a las mujeres examen de embarazo previo a su contratación; y establece la obligación del Estado de incorporar la educación sexual en todos los niveles de educación formal.
- La Ley Especial del VIH/Sida (1999) reconoce los derechos de las personas que viven con el virus y exige al Estado reorientar los currículos de educación en lo relativo a educación sexual.

3. Estrategias y Planes:

- Bases Programáticas del Programa Nacional de Salud Integral al Adolescente de 2002.
- Iniciativa para la Reducción de la Mortalidad Materna y en Menores de Cinco Años 2004-2006.
- Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar, 2012
- Plan SubSectorial en Salud Materna e Infantil 2006-2010, focalizado en 4 departamentos prioritarios (Copán, Lempira, Intibucá y La Paz).
- IV Plan Estratégico Nacional de respuesta al VIH y Sida en Honduras 2015-2019 (PENSIDA IV),
- Estrategia Nacional para los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) de 2007
- Iniciativa para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI) en abril del 2008-2015
- Estrategia de Prevención del Embarazo en adolescente en Honduras, 2012
- Compromiso de país sobre derechos del niño y la niña
- Declaración Ministerial Salud Educación, 2008 ratificado por Honduras (Previniendo con Educación)

4. Normas:

- Normas Nacionales para la Atención Materno-Neonatal Honduras 2011
- Manual de Normas de Atención Integral Para los y las Adolescentes en 2007
- Normas para el Abordaje de la Sífilis Congénita en 2012.
- Normas y Procedimientos de Atención para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad, 2010

- Manual de Normas y Procedimientos de Atención a Usuarios (as) de Servicios de Salud por Infecciones de Transmisión Sexual en 2006
- Guía para la Vigilancia de la Mortalidad Materna en 2008
- Norma Hondureña del Sector Salud NTHSS-05-2014 “ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN HONDURAS”.

ANEXO 3: SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL PAIS

Aspectos Demográficos

La República de Honduras cuenta con una superficie de 112,492 Kms² y una población total para el año 2014 de 8,303771 habitantes, y una densidad poblacional de 73.8 habitantes km². El 54% de la población se concentra en la zona urbana y el resto en el área rural. Se divide en 18 departamentos y 298 municipios.

A nivel nacional, solamente seis de cada diez mujeres deciden por ellas mismas cómo utilizar sus ingresos; y solamente el 51 por ciento de las mujeres actualmente unidas estaba empleada mientras los hombres están empleados casi en su totalidad (99%).

Los índices de mayor educación están situados en las poblaciones de mayores ingresos. El analfabetismo en la población de 15 años y más, es de 12.8 %.

Las mujeres representan el 51.2% de la población total. El grupo adolescente mujeres (10-19 años) representa el 23.38% de la población de mujeres. En el país la Esperanza de Vida al Nacer es de 73.1 años, y abarca el rango de edades de 70.7 años para hombres y 75.6 años para mujeres. La tasa de crecimiento anual promedio de la población es de 1.99%.

La Esperanza de Vida al Nacer para las Mujeres es siempre mayor que la de los hombres en los países desarrollados; en aquellos en vías de desarrollo, como Republica Honduras, esta brecha se acorta debido a muertes de mujeres vinculadas a los procesos de reproducción, casi siempre prevenibles.

Los valores de la Tasa Global de Fecundidad por zona dados por la ENDESA 2011-2012 es de 2.9 hijos por mujer para el total del país.

La pirámide poblacional para el año 2013 muestra un ensanchamiento en su base a expensas del grupo de 10 a 24 años, lo que aumenta la cantidad de jóvenes a incorporarse a la población económicamente activa, que demanda servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Situación de la SSR durante el curso de vida

Los procesos de SSR se inician desde el nacimiento con la socialización genérica diferenciada entre niñas/os, lo cual juega un papel importante en la creación de conductas y el ejercicio de la SSR a lo largo de su curso de vida, vinculados también a las determinantes sociales y a las prácticas de violencia entre los diferentes integrantes de la familia, con detrimento a niños/as y mujeres.

En la Niñez

Según datos de la ENDESA 2011-2012, la mortalidad infantil fue de 24 por cada 1,000 niños/as nacidos vivos. La mortalidad en la niñez (antes del quinto cumpleaños) fue de 29 por 1000 NV.

Las principales causas de muertes están relacionadas a la prematurez, malformaciones congénitas, sepsis neonatal, trastornos respiratorios y asfixia al nacimiento. La mortalidad perinatal está asociada grandemente a procesos relacionados con el embarazo y atención del parto, así como a situaciones o condiciones de las mujeres previas a la concepción.

Los departamentos donde se observan las tasas más altas de mortalidad infantil son Islas de la Bahía y Gracias a Dios con 63 y 51 muertes por mil NV, respectivamente. En el otro extremo, los departamentos que reportan las tasas más bajas son Olancho y Santa Bárbara con 17 y 18 muertes por mil nacidos vivos respectivamente.

Según la ENDESA 2011-2012, entre los niños con información, el 9% pesaron menos de 2.5 kilogramos. Se encuentran ligeras diferencias en el bajo peso por edad de la madre, con 11% entre niños de madres menores de 20 años versus el 9% para los niños de madres mayores de 20 años.

En la ENDESA 2011-2012, se preguntó sobre la práctica de lactancia materna, se encontró que la proporción de niños que están lactando al momento de la encuesta disminuye rápidamente con la edad: 96% entre los niños menos de 2 meses al 44% entre los niños de 6 meses.

En la Adolescencia

La adolescencia es un período de cambios bio-psico-sociales importantes. El apareamiento de las características sexuales secundarias en ambos sexos, unido al surgimiento de procesos de formación de identidad, así como los compromisos sociales que van desde la posibilidad de embarazarse y de asumir roles que no son acordes al desarrollo psicosocial, la vuelven una etapa vulnerable.

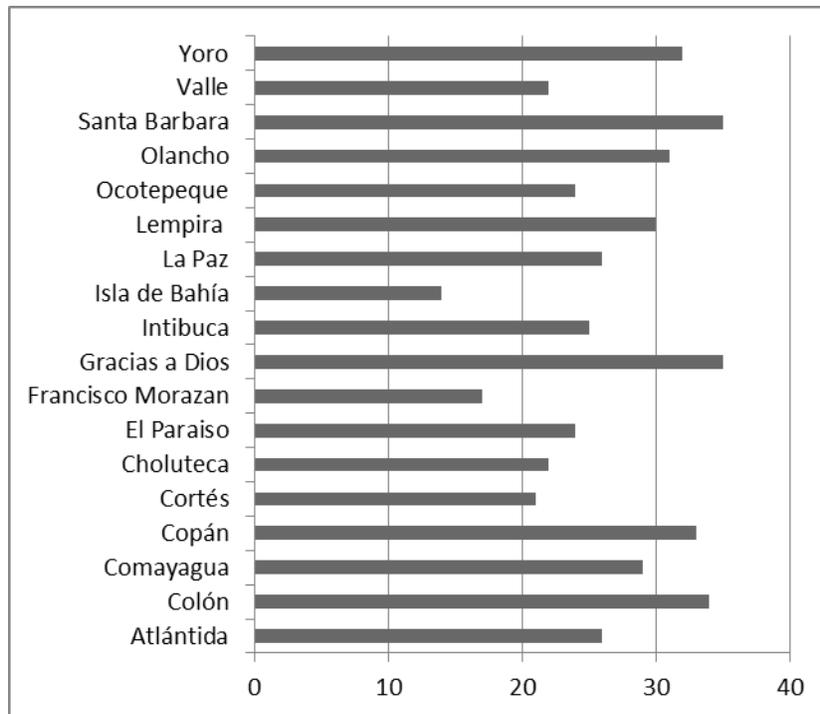
Según la ENDESA 2011-2012, el 10% de las mujeres entre 25 y 49 años se unieron antes de los 15 años, el 37% antes de los 18. Asimismo, el 42% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años eran no deseados. La falta de información sobre temas de SSR contribuye de manera directa a las altas tasas nacionales de embarazo en adolescentes. Según ENDESA 2011-2012 la tasa de natalidad de adolescentes fue de 101x 1,000 NV de mujeres de 15 a 19 años; el 24% de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, lo cual representa un aumento de 2% desde la ENDESA 2005-2006. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas son las mujeres con el primer ciclo de primaria (42%) o sin educación (35%).

El embarazo a temprana edad perpetúa el círculo de la pobreza. Es una de las mayores causas de la deserción escolar (44%), limita su desarrollo personal y profesional, y dificulta su adecuada inserción en el ámbito laboral. El embarazo en adolescentes aumenta los riesgos de complicaciones en el embarazo y el parto.

Los riesgos de muerte por eclampsia, obstrucción en el parto, hemorragia o infección entre las adolescentes son hasta tres veces mayores que en las mujeres con edades entre 18 y 35 años. El 19% de las mujeres que mueren durante el parto son adolescentes.

En varios departamentos, alrededor de una tercera parte de adolescentes ya son madres o están embarazadas con el primer hijo: Gracias a Dios (35%), Colón (34%), Copán (33%), Olancho (31%) y Lempira (30%). Los menores niveles de maternidad y embarazos en adolescentes se observan en Islas de la Bahía y Francisco Morazán (14 y 17%, respectivamente).

Gráfica 1. Porcentaje de adolescentes embarazadas o con hijos, por departamento, Honduras, ENDESA 2011-2012.



Según ENDESA 2011-2012 en el país, el 6% de los nacimientos ocurren sin un espaciamiento adecuado, es decir, entre los 7 y 17 meses luego del nacimiento anterior. Este hecho se da con mayor intensidad entre las madres menores de 20 años.

La falta de información y educación sexual y reproductiva de niñas/os y adolescentes contribuye también a la práctica de conductas de riesgo que los exponen al contagio del VIH y otras ITS. A pesar de los esfuerzos realizados por el Estado y la sociedad civil, y de que la norma establece el derecho y la obligación de informar, el conocimiento comprensivo entre población adolescente (15 a 17 años) sobre VIH está por debajo del 40%, aunque a medida aumenta la edad casi

la totalidad de los jóvenes de 15 a 24 años (99%) manifestó estar consciente sobre el VIH. Sin embargo, su conocimiento acerca de otras ITS fue mucho menor—64% en mujeres jóvenes y 71% en hombres jóvenes.

El Uso de condón en la última relación de alto riesgo: jóvenes 15-24 años fue bajo (36.4%)

Las mujeres en unión de 15 a 19 años que usan métodos de planificación familiar representan 56%7.

El porcentaje de mujeres no unidas y sexualmente activas que menos utilizan un método anticonceptivo son las mujeres de 15-19 años con un 7%.

Para las mujeres de 15-19 años no unidas sexualmente activas, el condón masculino es el método de preferencia (37%). Para las mujeres de 15-19 años unidas el método de preferencia es la inyección (26%)7.

La exposición a factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas es un problema que se presenta desde edades tempranas de la vida. Por ejemplo, un valor elevado de IMC en niños se asocia con un mayor riesgo de desarrollar en la edad adulta enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, obesidad y mortalidad (Berenson & cols., 1998; Kuh & cols., 1998). Por otra parte, en etapas tempranas de la vida la ingesta elevada de sodio condiciona las cifras de presión arterial, lo cual podría aumentar el riesgo de HTA durante la edad adulta (Hofman & cols., 1983).

En la mujer adulta

En la edad adulta el enfoque de derechos en cuanto a SSR, de mujeres, tiene como finalidad mejorar la calidad de vida en los niveles individuales y relacionados (pareja, hijos e hijas, familia, comunidad) a través del conocimiento y control de las determinantes de la SSR, así como, la prestación de servicios integrales e integrados de calidad que permitan tomar acciones responsables encaminadas a la SSR, todo ello en el contexto del impulso de la Salud Integral de la Mujer.

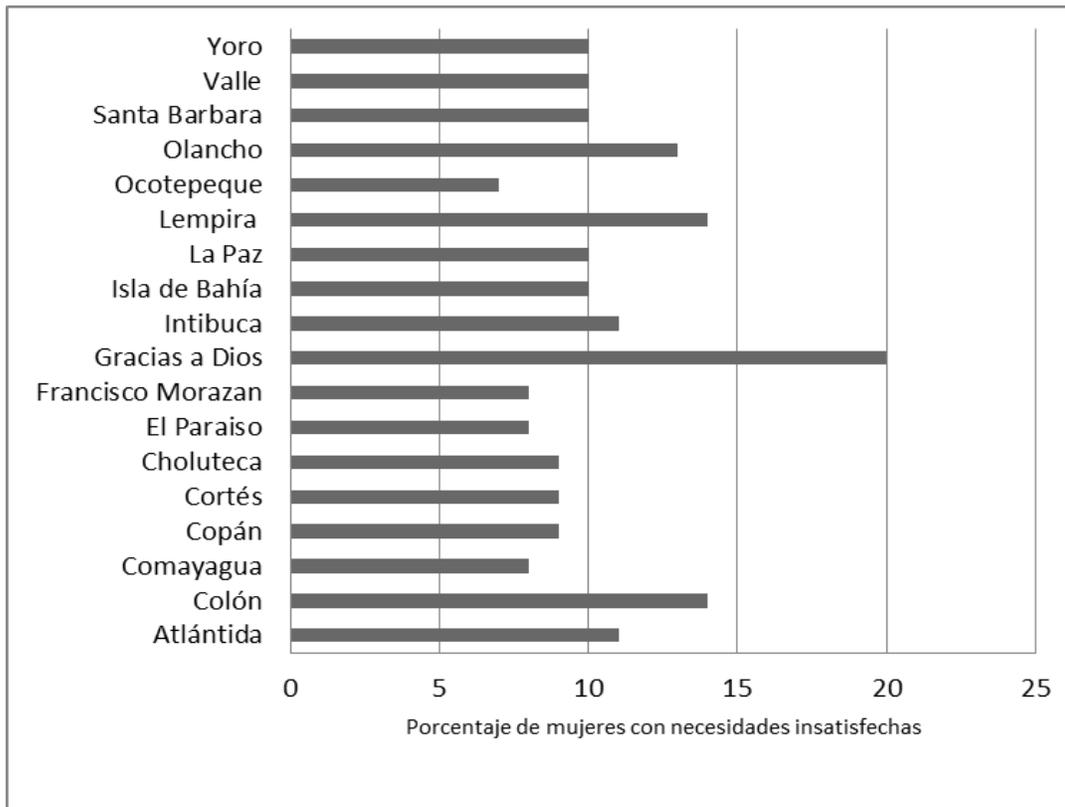
La Maternidad Segura está sustentada en la calidad del control prenatal para obtener resultados favorables en el momento del parto, ya que éste permite una valoración del riesgo reproductivo y mucho más si se inicia el proceso de la reproducción con una atención preconcepcional. La tasa de fecundidad es 2.9 hijos por mujer, de los cuales son 2.5 hijos para la zona urbana y 3.5 para la zona rural.

Según la ENDESA 2011-2012, el conocimiento de métodos para la regulación de la reproducción es alto, básicamente el 100% de las personas entrevistadas conocen cualquier método al igual que algún método moderno. El conocimiento de métodos tradicionales es ligeramente menor: 85% entre las mujeres. Las mujeres en unión o casadas de 15 a 49 años que usan métodos de planificación familiar representan 73%: De ellas el 22% usa anticoncepción quirúrgica voluntaria, inyectable el 18%, 12% píldora y 9% de métodos tradicionales.

Tasa de demanda insatisfecha de PF a nivel nacional y departamental

El 11% de las mujeres en unión tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar, 5% para limitar el tamaño de su familia y 6% para espaciar el nacimiento de los hijos. La necesidad insatisfecha disminuye con la edad, desde un 18% para las mujeres de 15-19 años hasta un 8% para quienes están entre 45-49 años. De igual manera, la necesidad es mayor entre las mujeres sin educación y las ubicadas en el estrato más pobre (15% y 14%, respectivamente). En el área rural, la necesidad insatisfecha de planificación familiar es ligeramente mayor que en el área urbana (12 y 10%, respectivamente), mientras que por departamento la necesidad es notoriamente mayor en Gracias a Dios con 21%, seguido por Colón y Lempira (15%) y Olancho con 14%.

Gráfica 2. Porcentaje de mujeres casadas o unidas con necesidad insatisfecha de anticoncepción, por departamento, Honduras, ENDESA 2011-2012.



Uso de métodos de planificación familiar (modernos y tradicionales) a nivel nacional y departamental

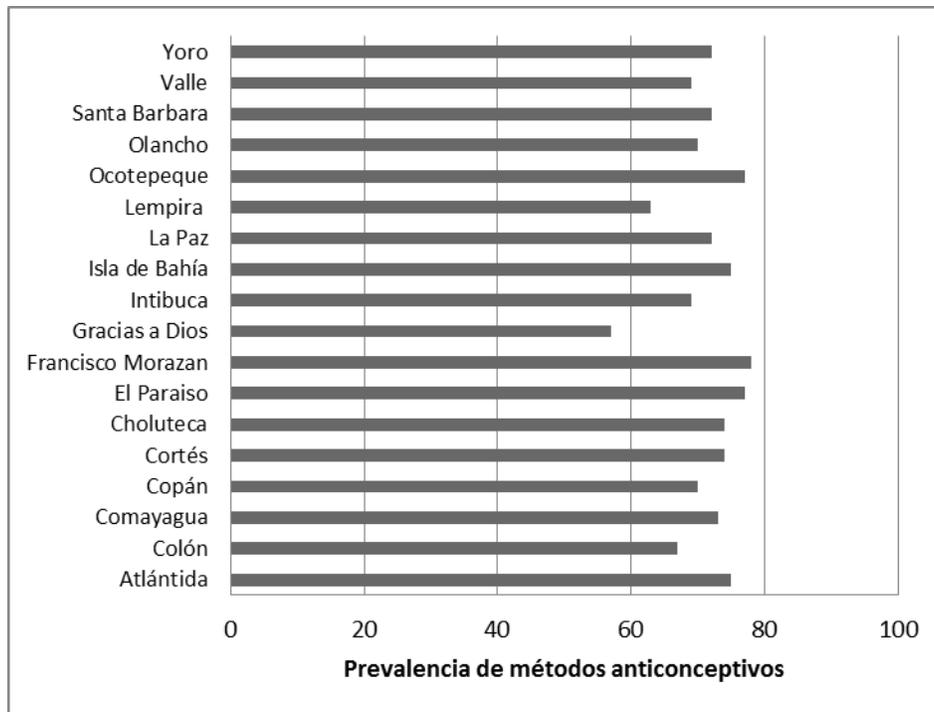
El 73% de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos en el momento de la encuesta. El uso de métodos modernos pasó del 56% al 64% y el uso métodos tradicionales se mantiene en el 9%.

Entre los métodos modernos, el mayor uso corresponde a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (22%). La inyección es ahora el método seleccionado por el 18% de las mujeres en unión. El 12% de las mujeres en unión usan la píldora. Entre las mujeres que usan métodos tradicionales (9%), el 6% usan el retiro y el 3% la abstinencia periódica.

Para las mujeres de 15-19 años no unidas sexualmente activas, el condón masculino es el método de preferencia (37%). Para las mujeres de 15-19 años unidas el método de preferencia es la inyección (26%).

En la mayoría de los departamentos, el uso actual de anticoncepción está por encima del 70%. Los departamentos con menores de uso son Gracias a Dios, el 57% de las mujeres en unión usan anticoncepción. Otros departamentos con niveles de uso por debajo del 70% son Lempira (63%), Colón (67%) y Valle e Intibucá (con 69%).

Gráfica 3. Prevalencia de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión, según departamento, Honduras, ENDESA 2011-2012.



Las normas vigentes de la SESAL establecen brindar como mínimo 5 atenciones a un embarazo de bajo riesgo, teniendo que realizarse la primera idealmente en las primeras 12 semanas. La ventaja de tener la primera atención temprano radica en que esto permite establecer una línea de base del embarazo y así los trabajadores de la salud tienen más facilidades para detectar cualquier anomalía oportunamente y tratarla.

Según la ENDESA 2011-2012, el 97% de las madres recibieron atención prenatal de alguna persona calificada, brindada en su mayoría por médico (77%) y en segundo lugar por enfermera/auxiliar de enfermería (19%). El nivel de atención es similar por lugar de residencia y por edad de la madre. Sin embargo solamente alcanza el 56% de las mujeres sin educación y el 53% de las ubicadas en el quintil inferior de riqueza.

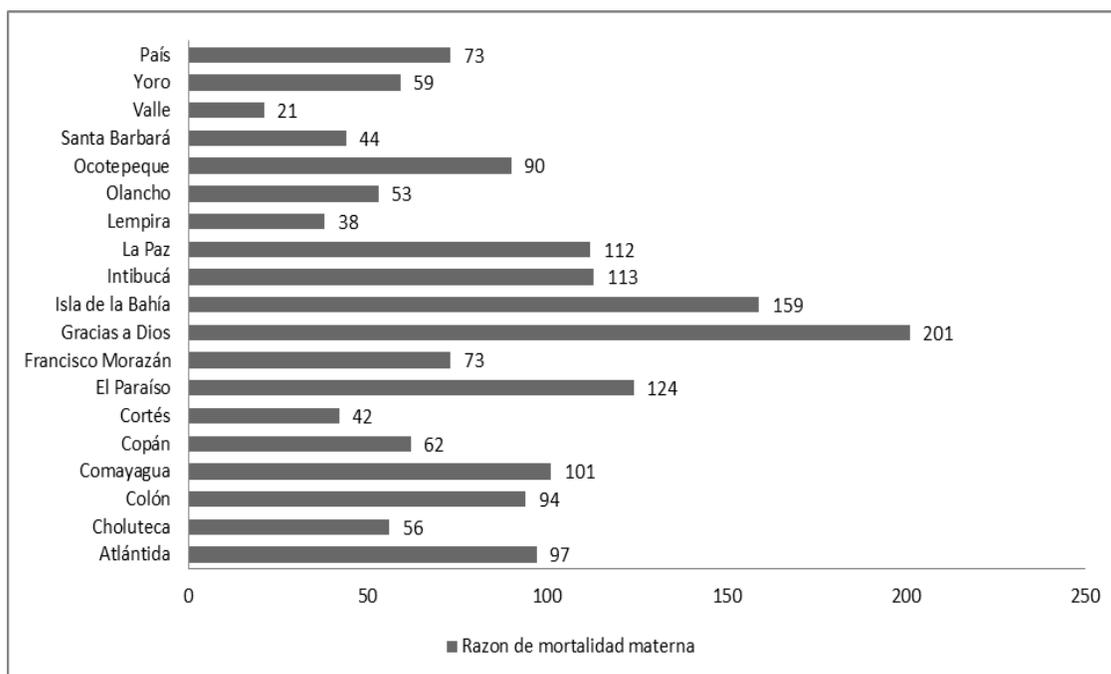
Los departamentos con los valores menores de atención prenatal por médico son Olancho (59%), Choluteca (63%), El Paraíso (65%), Gracias a Dios (65%), La Paz (65%), Lempira (65%), Santa Bárbara (68%), Intibucá (69%), Colón (69%) y Valle (70%).

Un 78% de las mujeres embarazadas asiste a su primera visita antes del cuarto mes, no se tiene conocimiento de cuantas asisten antes de los tres meses. Asimismo, a nivel nacional el 89% de mujeres tuvieron al menos cuatro atenciones, 92% en el área urbana y 86% en la rural.

Según la ENDESA 2011-2012, el 83% de los nacimientos ocurridos en los 5 años que precedieron la encuesta fueron atendidos a nivel institucional. El parto institucional (público o privado) es menor en mujeres rurales (73%), mujeres sin educación (55%) y mujeres en el quintil más bajo de riqueza (58%). Los departamentos con los porcentajes mayores de parto en casa son Gracias a Dios (43%), Lempira (33%) e Intibucá (32%). Un 45% de las madres sin educación y un 42% de las mujeres del quintil menor de riqueza tienen sus partos en casa.

El Informe de Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio señala que a pesar de las altas coberturas de atención del parto por personal calificado, la tasa de mortalidad materna en la República de Honduras es alta. En 2012, se estimó que de cada 100 mil niños NV, 100 madres murieron. Con un registro de 74 muertes maternas por 100 mil NV para el mismo año.

Gráfica 4. Distribución de la razón de mortalidad materna por departamentos, Honduras, año 2010



Para el año 2010, un estudio de la SESAL reportó que el 70% de las muertes maternas notificadas al sistema de vigilancia correspondieron a muertes maternas obstétricas directas y un 30% a muertes obstétricas indirectas. Los departamentos con mayor razón de muertes maternas para el 2010 fueron: Gracias a Dios (201), Isla de la Bahía (159), El Paraíso (124), Intibucá (113), La Paz (112) y Comayagua (111).

El 26% de las muertes maternas ocurren durante el parto, el 60% durante el puerperio. Alrededor de la mitad de las muertes maternas ocurrieron en el puerperio inmediato (durante las primeras 24 horas después del parto) y en general se relacionan con causas prevenibles y evitables (hemorragias, sepsis, hipertensión e infecciones puerperales).

La principal causa de hemorragias ha sido la retención de placenta y/o restos placentarios. Aproximadamente en el 75% de los casos que fallecen por hemorragia fueron partos atendidos en la comunidad por personal no calificado.

La meta para el 2015 es disminuir la tasa de mortalidad materna a 46 por cada cien mil NV.

La atención prenatal por médica gineco obstetra en Honduras es bajo este recurso está asignado para la atención de embarazos de muy alto riesgo. El control proporcionado por el especialista es significativamente mayor en las mujeres de educación superior y las ubicadas en el quintil de riqueza superior.

La epidemia de infección por el VIH se ha mantenido estable en los últimos 20 años y aproximadamente la mitad de ellas se infectaron entre los 15 y los 24 años de edad; las mujeres jóvenes tienen varias veces más probabilidades que los hombres jóvenes de ser infectadas por VIH.

Según las proyecciones realizadas a través del modelo matemático Spectrum v5.30 2014 la prevalencia general estimada para el país es de 0.42% (23,020 Casos) en personas con VIH de 15-49; siendo una epidemia concentrada. Geográficamente la epidemia está concentrada en la Costa Atlántica y el Valle de Sula: las tasas más altas se encuentran en las Islas de la Bahía, Atlántida, Cortés y Colon. El patrón de transmisión predominante de la epidemia es heterosexual (85%), homo/bisexual (7%) y de madre a hijo (6%).

Del total de casos de VIH 15,025 (47%) son mujeres. Dos de cada tres casos se detectan entre los 20 y 39 años, lo que indica que muchas personas se infectan en la adolescencia.

Según el informe de perfil del Cáncer 2013, en Honduras, la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres es el de cérvix, y la tercera causa es el de mama.

La cobertura de tamizaje en la toma de Papanicolaou en población diana (30-59 años) es de 41.84% de mujeres y de toma de mamografía no se dispone de datos. La citología cervical generalmente está disponible en los sectores público y privado. La inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y mamografía generalmente no disponible en el sector público y generalmente disponible en el sector privado.

Entre las 10 primeras causas de muertes en las mujeres, la mayoría están relacionadas a enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.

En adulta mayor

La representación social de la persona adulta mayor se ha caracterizado por una variabilidad a lo largo de la historia, debido a la existencia de la exclusión de este grupo poblacional en los diferentes ámbitos. Considerando que actualmente el país se encuentra en un proceso franco de transición demográfica, con tendencia a ser cada vez mayor este grupo de población en relación al total, hace necesario rediseñar los lineamientos existentes para este grupo de edad.

En lo referente a la Salud Sexual en las mujeres adultas mayores, es objeto de variados prejuicios y mitos, ya que se piensa que las personas adultas mayores pierden todo el interés sexual cuando envejecen, disminuyendo la demanda y oferta de servicios en esta área de la salud. Por lo tanto la actividad sexual sigue presente en las mujeres, requiriendo atención al respecto, observándose en los últimos años un aumento importante en los casos de ITS-VIH en este grupo de población. La población mayor de 60 años para el 2013 representa el 7.4% de la población de total de mujeres.

ANEXO 4: GUÍA DE PREGUNTAS DE LA ORIENTADORA PARA EXPLORAR EN LOS DIFERENTES MÓDULOS

Para explorar intermediación laboral:

1. ¿Tiene algún tipo de ingresos económicos?
2. ¿Ha trabajado alguna vez de forma asalariada?

Para explorar necesidades de capacitación técnica laboral:

3. ¿Ha sido capacitada para ejercer algún oficio?
4. ¿Ha trabajado de lo que aprendió? Si----- no ----- ¿por qué?

Si la usuaria quiere emprender un negocio o ya lo tiene:

5. ¿Le gustaría emprender un negocio propio?
6. ¿Ha recibido alguna capacitación o asesoría para mejorar su negocio?

Para explorar existencia de Violencia.

7. ¿Ha sido víctima de algún tipo de violencia?
8. ¿Actualmente está siendo víctima de violencia?

Si es madre soltera:

9. ¿Recibe aporte económico para la manutención de sus hijas/os por parte del papá?

Si no ha cumplido 18 años:

10. ¿Ha iniciado vida sexual activa?
11. ¿Ha recibido alguna orientación sobre sexualidad y embarazo precoz?

En mujeres adultas:

12. ¿Hace cuando se hizo su prueba citológica y como salió?
13. ¿Dónde lleva el control para la toma de su citología?
14. ¿Se ha realizado alguna vez la mamografía?, ¿cómo salió?

ANEXO 5: HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA.



SECRETARÍA DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
HOJA DE TAMIZAJE Y DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Región Sanitaria Departamental Número: <input type="text"/>		Código establecimiento: <input type="text"/>		3. Expediente: <input type="text"/>	
Nombre de Unidad de Salud: <input type="text"/>					
Nombre de Usuario: <input type="text"/>		Nombre de Usuario: <input type="text"/>		Identidad: <input type="text"/>	
Fecha de Llamado: <input type="text"/>		Dirección: <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento: <input type="text"/>	

Debido a que la violencia es común en la vida de las mujeres, haremos estas preguntas a todas las mujeres que asisten a consulta

Primera vez que se aplica la hoja de tamizaje Subsiguiente

Violencia Física	¿En el último año, su pareja actual o una ex pareja le ha hecho daño físico? (ejemplos: golpes, bofetadas, quemaduras, patadas, pellizcos, empujones, otros).				¿Cuándo ocurrió?	Días <input type="text"/>	Primera vez	Ha ocurrido antes	AA 207
	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>	Semanas <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Menos de un año <input type="text"/> No sabe/ No contesta <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Violencia Psicológica	¿Se ha sentido durante el último año dañada emocionalmente o psicológicamente por su pareja actual o una ex pareja? (ejemplos: insultos constantes, humillaciones, distanciamiento, encierro, amenazar con el alejamiento de los/as hijos/as*, ridiculizar, rechazar, aislar, otros).				¿Cuándo ocurrió?	Días <input type="text"/>	Primera vez que ocurre	Ha ocurrido antes	AA 175
	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>	Semanas <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Menos de un año <input type="text"/> No sabe/ No contesta <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Violencia Sexual	¿Durante el último año se ha sentido forzada u obligada a tener contacto o relaciones sexuales no deseadas, negación a la anticoncepción y protección con su pareja actual o una ex pareja?				¿Cuándo ocurrió?	Días <input type="text"/>	Primera vez	Ha ocurrido antes	AA 208
	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>	Semanas <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Menos de un año <input type="text"/> No sabe/ No contesta <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Violencia patrimonial o Económica	¿En el último año, su pareja actual o ex pareja no le ha apoyado económicamente en los gastos familiares, le quita el dinero que usted gana, controla los gastos, ha tirado objetos, dado portazos, destruido muebles, le ha corrido de la casa, quemado cosas de la casa, la controla a través del manejo de las propiedades y todos los bienes de la familia, negación de asistencia económica?				¿Cuándo ocurrió?	Días <input type="text"/>	Primera vez	Ha ocurrido antes	AA 210
	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>	Semanas <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Menos de un año <input type="text"/> No sabe/ No contesta <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Seguridad	¿En el último año ha estado en peligro de muerte por su pareja o ex pareja?			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	NO SABE <input type="radio"/>	Si contesta SI haga o refiera para elaborar plan de seguridad		
	¿En el último año ha sido amenazada de muerte por su pareja actual o ex pareja?			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	NO SABE <input type="radio"/>	Si contesta SI haga o refiera para elaborar plan de seguridad		
	¿Se siente segura volviendo hoy a su casa?			SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	NO SABE <input type="radio"/>	Si contesta NO haga o refiera para elaborar plan de seguridad		

Nombre de la persona que atendió: _____

Registre en el **ATA** la atención brindada anotando **T NEGATIVO** si la mujer contestó que **NO** a todas las preguntas y **T POSITIVO** (con el Código correspondiente) si la mujer contestó que **SI** a alguna de las preguntas.

Si contesto que **SI** a alguna de las preguntas refiera a la usuaria con una consejera dentro de la **US** o una **Consejería de familia** para llenar **Ficha de Vigilancia Epidemiológica**

ANEXO 6:
SOLICITUD DE ULTRASONIDO OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA.

**SECRETARIA DE SALUD
REGION SANITARIA METROPOLITANA**

SOLICITUD DE ULTRASONIDO

Nombre:

No. De Expediente: Edad:

UPS que refiere: Fecha:

Nombre del Medico (a) que refiere.....

MUJERES GESTANTES (Marque la casilla correspondiente al motivo de referencia)

Primer Trimestre (8 – 12 semanas de gestación)

Sangrado Transvaginal

Determinar edad gestacional

Número de embriones

Vitalidad embrionaria

Segundo Trimestre (12 – 24 semanas de gestación)

Fonometría

Numero de fetos

Placenta relación (Orificio Cervical Interno)

Antecedentes de mal formación

Tercer Trimestre (26 – 40 semanas de gestación)

Líquido amniótico

Placenta previa

Grado placentario

Otras (Detallar)

MUJERES NO GESTANTES (Marque la casilla correspondiente al motivo de referencia)

Patología pélvica en estudio

Sangrado Uterino Disfuncional

Localización de DIU

Nombre y Sello
(No Firma)

ANEXO 7:

SOLICITUD DE ULTRASONOGRAFÍA DE MAMAS.

Nombre: _____.

Fecha: _____.

Edad: _____ Fórmula obstétrica: _____

Antecedentes contribuyentes:

Hallazgos en el examen físico:

Firma y sello del médico tratante.

ANEXO 8:

HOJA DE ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "Sí" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO

BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad (IMC > 30 Kg / m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad. Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >8 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalía pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretoina.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

ANEXO 9:

HOJA DE ATENCIÓN MATERNA

SECRETARÍA DE SALUD, HONDURAS, C.A.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE - SS Honduras NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ DOMICILIO: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____ EDAD (años): _____ < 18 años <input type="radio"/> 18-35 años <input type="radio"/> > 35 años <input type="radio"/>																							
ETNIA: blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/> ALFA BETA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ESTUDIOS: ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secundaria <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años el mayor nivel: _____ ESTADO CIVIL: casado <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltero <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			Lugar del control prenatal: _____ Lugar del parto: _____																	
ANTECEDENTES FAMILIARES: TBC <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> ota cond. médica grave <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> PERSONALES: síngula <input type="radio"/> no <input type="radio"/> gerto-uniaria <input type="radio"/> no <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> endometriosis <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> OBSTETRICOS: gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____ viven: _____ ULTIMO PREVIO: nro. <input type="radio"/> <2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> >4000g <input type="radio"/> Antecedente de gemelares: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año: _____ menos de 1 año <input type="radio"/> 1-2 años <input type="radio"/> 3-5 años <input type="radio"/> más de 5 años <input type="radio"/> EMBARAZO PLANEAADO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																							
GESTACIÓN ACTUAL PESO ANTERIOR: _____ TALLA (cm): _____ EG CONFIABLE por FUM: Eco <input type="radio"/> <20 4 <input type="radio"/> 1º trim. <input type="radio"/> 2º trim. <input type="radio"/> 3º trim. <input type="radio"/> FUMACT: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> FUMAS: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> DROGAS: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ALCOHOL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> VIOLENCIA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ANTIRRUBECOLA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ANTITETANICA: vigente no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> DOSIS 1º mes gestación: _____ 2º mes gestación: _____ EX. NORMAL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> ODONT. MAMAS: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																							
DESVIK Insp. visual: normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> PAP: normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> COLP: normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/>			GRUPO: _____ Rh: _____ toxoplasmosis: <input type="radio"/> <20 sem IgG <input type="radio"/> >20 sem IgG <input type="radio"/> 1ª consulta IgM: _____ VIH: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hb <20 sem: _____ Fe/FOLATOS indicados: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hb >20 sem: _____ VDRU/PPR: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Confirmada por FTA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: Prueba confirmada por FTA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Tratamiento: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Tlo. de la pareja: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																	
CHAGAS PALLIDISMO/MALARIA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> BACTERIURIA: sem. normal <input type="radio"/> anormal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 sem: _____ >105 mg/dl: _____ <30 sem: _____ >105 mg/dl: _____			ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> PREPARACIÓN PARA EL PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			GIFTAS: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>																	
CONSULTAS ANTERIORES día mes año edad gest. peso IMC PA altura uterina (prev. gestación) FCP (cm) movim. fetales presión arterial signos de alarma, exámenes, tratamientos próxima cita																							
PARTO FECHA DE INGRESO: _____ CONSULTAS PRE-NATALES: total <input type="radio"/> incompleta <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/>			HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> CORTICOIDES ANTENATALES: completo <input type="radio"/> incompleto <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>			INICIO espontáneo <input type="radio"/> inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/> ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			EDAD GEST. al parto: _____ PRESENTACIÓN: cefálica <input type="radio"/> pélvica <input type="radio"/> transversa <input type="radio"/>			TAMANO FETAL ACORDE: _____ ACOMPAÑANTE: pareja <input type="radio"/> familiar <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/>											
CARNÉ: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			HTA previa: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> HTA inducida: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			infección ovular: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> infección urinaria: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			amenaza parto preter. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			R.C.I.U. <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> rotura prem. de membranas <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>											
anemias <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			HEMORRAGIA: 1º trim. <input type="radio"/> 2º trim. <input type="radio"/> 3º trim. <input type="radio"/>			postparto: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> infección puerperal: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			otras cond. graves <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>			otros: _____											
PROBABIL. DE PARTO MUERTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			MULTIPLE: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> TERMINACIÓN: espontáneo <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO: _____			INDIC. _____ OPER. _____			código _____											
POSICIÓN PARTO: sentada <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/> coccílea <input type="radio"/>			DESGARROS PRE-NATALES: Grado (1 a 4): _____			DICTOCICOS: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			Trazo de contracción: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			PLACENTA: con piel <input type="radio"/> sin piel <input type="radio"/>			LOAJURA OROJURA: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			MgSO4: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			otros: _____		
RECÉN NACIDO SEXO: masculino <input type="radio"/> femenino <input type="radio"/> PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____ DEFECTOS CONGENITOS: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			EDAD GESTACIONAL: _____ PESO E.G.: _____ APGAR: 1º _____ 2º _____ TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								
DEFECTOS CONGENITOS: menor <input type="radio"/> mayor <input type="radio"/>			TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								
EGRESO RN: vivo <input type="radio"/> fallece <input type="radio"/> trasladado <input type="radio"/> EDAD AL ALTA: _____ ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. <input type="radio"/> BCC <input type="radio"/> Higiéncia: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								
EGRESO MATERNO: trasladado <input type="radio"/> lugar: _____ día mes año: _____			TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								
PERSONAL EGRESO: _____			TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								
Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____			TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								
Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____			TAMIZAJE NEONATAL: VDRL: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> T X: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> Hemoglobina: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> GRUPO: Rh: _____			FALLECE en LUGAR DE PARTO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> REFERIDO: no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>			ATENDIÓ: médico <input type="radio"/> obst. <input type="radio"/> enf. <input type="radio"/> auxil. <input type="radio"/> estud. p. trad. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>			PARTO: _____ NEONATO: _____			PUERPERIO: día hora T°C PA pulso amol. litro. lujulas.								

CLAP/SMR - OPS/OMS

SECRETARÍA DE SALUD CARNET PERINATAL

NOMBRE: _____

Dirección: _____

No. Identidad: _____

No. Historia Clínica o Carpeta Familiar: _____

No. de Listado: _____

FECHA PROXIMA CITA

DÍA	MES	DÍA	MES	DÍA	MES

El embarazo bien cuidado ayuda a tener un parto con un final feliz.

En los primeros tres a siete días después del parto asista con su niña o niño al Centro de Salud.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le den en el Centro de Salud.

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lívelo con usted siempre que acuda al servicio de salud y requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

EXIJA SU DEVOLUCIÓN

HONDURAS, C.A.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

HOSPITALIZACIONES

ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

Incremento de Peso

ALTURA UTERINA

ANEXO 10: HOJA DE ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
INSCRIPCIÓN A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO**

Datos generales: Fecha: _____ N° de expediente: _____
Nombre: _____ Edad: _____

Datos del recién nacido:
Sexo: F ___ M ___, APGAR _____, Peso al nacer: _____ gr., Talla al nacer: _____ cm.

Historia clínica:
Fórmula obstétrica: P ___ P ___ A ___ V ___, Fecha del parto o aborto: _____ N° de días _____
Atención temprana (menos de 7 días): Si ___ No ___, Atención tardía (más de 7 días): Si ___ No ___
Legrado: Si ___ No ___, Parto: Vaginal Si ___ No ___, Cesárea Si ___ No ___
Indicación: _____
Complicaciones durante el parto: (detalle) _____

Parto: Hospitalario: Si ___ No ___, Comunitario: Si ___ No ___, ¿Quién la atendió? _____

Lactancia Materna: Si ___ No ___, Exclusiva: Si ___ No ___, Predominante: Si ___ No ___
Complementaria: Si ___ No ___

Esterilizada: Si ___ No ___, ¿Ya inició relaciones sexuales?: Si ___ No ___
Esta utilizando algún método anticonceptivo: Si ___ No ___, Cual?: _____
Desde cuando?: _____

Examen físico:
Signos vitales y Antropometría:
TA _____, FC _____, T° _____, Peso _____ Kg, Talla _____ mt, IMC _____, Pálida: Si ___ No ___
Mamas: Túrgidas: Si ___ No ___, Calientes: Si ___ No ___, Rubor: Si ___ No ___
Problemas con la lactancia?: Si ___ No ___, Cuales? _____
Dolor: Si ___ No ___, Pezones agrietados: Si ___ No ___, Otros signos de infección: _____

Abdomen: útero involucionado: Si ___ No ___ que altura? _____
Sí fue cesárea, herida operatoria: sana Si ___ No ___, Signos de infección: _____

Curación: Si ___ No ___, Cambio de apósito: Si ___ No ___, Retiro de puntos: Si ___ No ___
Esterilizada (post parto vaginal), describir estado de la herida operatoria y/u otro hallazgo importante: _____

Examen Ginecológico:
Genitales externos y Periné:
Episiotomía: Si ___ No ___, Sutura de desgarros: Si ___ No ___, Edema: Si ___ No ___
Hematoma: Si ___ No ___, Otros hallazgos _____

Espéculo:
Característica de loquios: Color: _____, fetidez: Si ___ No ___
Tacto vaginal: _____ **Se toma PAP:** Si ___ No ___

Entrega de Método de Planificación Familiar: Si ___ No ___, Cual _____

Referencia a:
Consejería Lactancia materna: Si ___ No ___, **Consejería en Nutrición Materna:** Si ___ No ___

DIAGNÓSTICO: _____
TRATAMIENTO: Hierro + Ácido Fólico: Si ___ No ___, Vit A 200, 000 UI: Si ___ No ___, Otros: _____

Recomendaciones: _____

Fecha próxima cita: D ___ M ___ A ___ Firma y sello responsable: _____

ANEXO 11: CONTROL SUBSECUENTE DURANTE EL PUERPERIO

CONTROL SUBSECUENTE A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO

Fecha: _____ N° de expediente: _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Examen físico:
Signos vitales y Antropometría:
 TA _____, FC _____, T° _____, Peso _____ Kg, Talla _____ mt, IMC _____, Pálida: Si _____ No _____
Mamas: Túrgidas: Si _____ No _____, Calientes: Si _____ No _____, Rubor: Si _____ No _____,
 Problemas con la lactancia?: Si _____ No _____, Cuales? _____
 Dolor: Si _____ No _____, Pezones agrietados: Si _____ No _____, Otros signos de infección: _____

Lactancia Materna: Si _____ No _____, Exclusiva: Si _____ No _____, Predominante: Si _____ No _____,
 Complementaria: Si _____ No _____

Abdomen: útero involucionado: Si _____ No _____ que altura? _____
Sí fue cesárea, herida operatoria: sana Si _____ No _____ Signos de infección: _____

Curación: Si _____ No _____ Cambio de apósito: Si _____ No _____, Retiro de puntos: Si _____ No _____
Esterilizada (post parto vaginal), describir estado de la herida operatoria y/u otro hallazgo importante: _____

Examen Ginecológico:
Genitales externos y Periné:
 Episiotomía: Si _____ No _____, Sutura de desgarros: Si _____ No _____, Edema: Si _____ No _____,
 Hematoma: Si _____ No _____, Otros hallazgos _____

Espéculo: _____

Se toma PAP: Si _____ No _____, Característica de loquios: Color: _____ fetidez: Si _____ No _____
Tacto vaginal: _____

Entrega de Método de Planificación Familiar: Si _____ No _____, Cual _____

Referencia a:
Consejería Planificación Familiar: Si _____ No _____, **Consejería Lactancia materna:** Si _____ No _____
Consejería en Nutrición Materna: Si _____ No _____, Otra _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: Hierro + Ácido Fólico: Si _____ No _____, Vit. A 200, 000 UI: Si _____ No _____, Otros: _____

Recomendaciones: _____

Fecha próxima cita: D _____ M _____ A _____ **Firma y sello responsable:** _____

PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR

CONSULTA DE INSCRIPCION

EXAMEN GINECOLOGICO

GENITALES EXTERNOS N A

PROLAPSO UTERINO SI NO

GRADO

VAGINA N A

CUELLO UTERINO: MOVILIDAD N A

DOLOR A LA MOVILIZACION SI NO

SANGRA AL CONTACTO SI NO

TOMA PAP SI NO

OBSERVACIONES

UTERO: POSICION A M P

TAMAÑO N A

HISTEROMETRIA

MOVILIDAD N A

DOLOR A LA MOVILIZACION SI NO

ANEXOS: LIBRES SI NO

ENGROSADOS SI NO

DOLOR A LA PALPACION SI NO

TUMORES SI NO

FONDOS DE SACO N A

TAMIZAJE SEGUN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MEDICA

	SI	NO	SI LA RESPUESTA ES SI, NO DAR:
ESTA LACTANDO CON MENOS DE 6 SEMANAS POSPARTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
EDAD >= 35 AÑOS Y FUMA MAS QUE >=15 CIGARRILLOS/ DÍA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
HIPERTENSION: Sistólica >= 160 o Diastólica >= 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
EDAD >= 35 AÑOS Y SUFRE MIGRAÑA SIN AURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
MIGRAÑA CON AURA A CUALQUIER EDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ENFERMEDADES COMPLICADAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA/ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
ENFERMEDAD VASCULAR O DIABETES DE > 20 AÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CÁNCER CERVICOUTERINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
CÁNCER ENDOMETRIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
CÁNCER ACTUAL DE MAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla ni el inyectable
ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
SANGRADO VAGINAL INEXPLICADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
CIROOSIS GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
HEPATITIS ACTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
TUMORES HEPÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La pastilla
CERVICITIS PURULENTO ACTUAL, CLAMIDIA, GONORREA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA ACTUAL (EPIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EI DIU

SE INFORMÓ DEL METODO ELEGIDO:

INFORMACION CLAVE DE LA CONSEJERÍA

MECANISMO DE ACCIÓN USO CORRECTO EFECTOS SECUNDARIOS TASA DE EFECTIVIDAD

SIGNOS DE ALARMA SEGUIMIENTO

METODO ENTREGADO

FECHA INICIO METODO:

ANTICONCEPTIVO ORAL NOMBRE _____ DIU TIPO _____

CONDONES INYECTABLES NORPLANT ESTERILIZACIONES OTROS _____

INDICACIONES _____

OBSERVACIONES _____

FECHA PROXIMA CONSULTA:

RESPONSABLE

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE _____ FIRMA Y SELLO _____

1.2.1.

CONSULTA SUBSECUENTE

No. EXPEDIENTE

FECHA DIA MES AÑO

NOMBRE: _____

1er APELLIDO 2do APELLIDO NOMBRES APELLIDO DE CASADA

EDAD AÑOS PESO _____ TA _____

METODO UTILIZADO _____ TIEMPO DE USO _____

HISTORIA Y HALLAZGOS

EVALUACION PARA SIGNOS DE ALARMA

	SI	NO
VISION BORROSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL ABDOMEN, PECHO O BRAZO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLORES INTENSOS DE CABEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFLAMACION O DOLOR INUSUAL EN LA PIERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLOR AMARILLENTO DE LA PIEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANGRADO VAGINAL INTENSO Y PROLONGADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE Y/O ESCALOFRIOS SIN CAUSA APARENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR MUSCULAR, FATIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CONTINUA CON EL METODO? SI NO CAMBIA A: _____

MOTIVO DE CAMBIO: _____

DIAGNOSTICO: _____

¿TOMA DE PAP? SI NO

TIPO DE CONSULTA: CONTROL NORMAL MORBILIDAD FALLA DE METODO

INDICACIONES: _____

FECHA PROXIMA VISITA: DIA MES AÑO

NOMBRE DE RESPONSABLE

CONTROL NORMAL: Es aquel en el cual la usuaria usando de manera regular el método de planificación familiar no presenta morbilidad asociada con este.

CONTROL POR MORBILIDAD: Será considerado cuando la usuaria consulte por morbilidad asociada al método utilizado, que comprometa su estado de salud con base a lo descrito en la Guía de Atención en Planificación Familiar.

CONTROL POR FALLA: Es aquel en que la mujer sale embarazada utilizando correctamente un método de planificación familiar.

ANEXO 13: FICHA DE REFERENCIA INTERNA-INTERMÓDULOS EN CM HONDURAS

Datos generales de la usuaria	<p>Nombre</p> <p>Código asignado/ Número de expediente</p> <p>Edad</p> <p>Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente)</p>
Módulo e institución a la que se refiere la usuaria	<p>MVCM</p> <p>MAE</p> <p>MVCM</p> <p>Nota: Especificar la institución dentro del módulo en cuestión</p>
Resumen del caso	<p>Historial</p> <p>Servicios ofrecidos en CM</p> <p>Razones de la referencia</p> <p>Documentos anexos a la referencia</p>
Motivo de la referencia	
Personal que atendió a la usuaria	Nombre, especialidad, módulo y fecha

ANEXO 14:

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNA.



REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

REFERENCIA

Primer Apellido	Segundo Apellido	NOMBRES	SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Edad	N°. HISTORIA CLÍNICA
Dirección Completa			Persona Responsable		
U. P. S. que Refiere			Nombre de la Persona que refiere		
Motivo del Envío: _____					
Resumen de Datos Clínicos: _____					
Exámenes realizados: _____					
DX _____					
Tratamiento Indicado: _____					
Referido a: _____					
Firma de quien refiere: _____					

CONTRAREFERENCIA

Nombre de la persona que contrarefiere: _____					
Servicio que contrarefiere: _____					
DX de contrareferencia: _____					
Situación encontrada: _____					
Exámenes realizados: _____					
TX Indicado: _____					
Observaciones: _____					
Firma de quien Refiere: _____					

ANEXO 16: HOJA DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE CÉRVIX.

SECRETARÍA DE SALUD
SOLICITUD DE TAMIZAJE PARA CÁNCER CERVICOUTERINO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN


MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CCUJ
Febrero 2015

FECHA RECEPCIÓN DE LA BOLETA:

TIPO DE US: HOSPITAL CESAMO CESAR OTRO: _____ NOMBRE DE US: _____

DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ REGIÓN SANITARIA N° _____

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TARJETA DE IDENTIDAD
EDAD	DIRECCIÓN EXACTA:			NÚMERO DE EXPEDIENTE
TELÉFONO				FECHA DE NACIMIENTO

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: EMBARAZO ACTUAL: SI NO EDAD INICIO VIDA SEXUAL: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN SU VIDA:

ANTECEDENTES DE TAMIZAJE:

NUEVO CONTROL POST TRATAMIENTO NO CONSIGNADO

TIPO DE TAMIZAJE: VPH CITOLOGÍA IVAA ÚLTIMO TAMIZAJE EN AÑOS: 1 2 3 4 5+

VACUNAS VPH: NO GARDASIL CERVARIX DOSIS: 1 2 3

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA CERVICAL: NO

CONDILOMAS TÓPICO

DISPLASIA CRIOTERAPIA CONIZACIÓN

CÁNCER HAT RADIACIÓN QUIMIOTERAPIA

ANEXO 17: LISTADO DE REQUERIMIENTO DE EQUIPO DEL MSSR

AREA	MAQ Y EQUIPO	EQ MEDICO Y DE LAB	EQ INFORMÁTICO	MOBILIARIO	HERRAM Y REPUESTOS
Preparación	1 DVD 1 Cafetera 1 TV	1 Electrocardiógrafo 1 Báscula 1 Camilla para traslado	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado	Escritorio secretarial de 3 gavetas Estante metálico de 5 niveles Silla secretarial ergonómica 3 ergonómica 1 Silla de espera metálica Estante metálico de 4 niveles 1 Silla de ruedas para adulta	1 Escalera
Farmacia			1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Escritorio secretarial de 3 gavetas Estante metálico de 5 niveles Silla secretarial ergonómica Silla secretarial ergonómica	1 Escalera
Ginecología Sala 1		1 Báscula 1 Camilla Ginecológica 1 Lámpara de examen tipo cuello de ganso 1 Porta suero	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado	Archivador metálico de 3 gavetas Banco giratorio con base cromada Escritorio secretarial de 3 gavetas Mesa metálica aux. de 2	

				niveles con rodos 1 Gradilla de 2 niveles Silla secretarial 1 ergonómica 1 Silla de espera metálica	
Ginecología y USG		1 Báscula 2 Camillas Ginecológicas 1 Equipo US 1 Colposcopio 1 Porta suero	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 1 gavetas Banco giratorio con base cromada Escritorio secretarial de 3 1 gavetas Mesa metálica aux. 2 1 niveles con rodos 2 Gradilla de 2 niveles 1 Silla de espera metálica Silla de espea de 1 poliuretano	
Mamografía		1 Equipo de Rayos X Filtro recuperador de plata 1 Mamógrafo Marcador manual de películas para Rayos X 1 Negatoscopio 1 Procesador de películas Rayos X	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 1 gavetas Banco de madera con depósito para ropa Escritorio secretarial de 3 1 gavetas Mesa metálica aux. de 2 2 niveles con rodos Peldaño o gradilla de 2 1 niveles Silla secretarial tipo cajero 1 sin brazos 4 Silla de espera de	

		1 Lámpara de seguridad para cuarto oscuro		poliuretano sin brazos	
Pediatría		1 Báscula 1 Cilindro de oxígeno 1 Estetoscopio 1 Laringoscopio	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 gavetas 1 Canapé con base metálica Escritorio secretarial de 3 gavetas Mesa metálica aux. de 2 niveles con rodos Peldaño o gradilla de 2 niveles Silla secretarial ergonómica 1 Silla de espera metálica	
Odontología		1 Amalgamador Aparato de 1 Fotocurado Caja reveladora 1 p/radiografía 1 Equipo de Rayos X Equipo 1 Odontológico Equipo Ultrasonido 1 dental 1 Esterilizador Negatoscopio	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas Silla secretarial ergonómica 1 Silla de espera metálica Mesa metálica aux. de 4 gavetas y con rodos	

Archivo y Estadística			2 CPU 2 Monitor 2 Teclado 2 UPS	Archivador metálico de 3 gavetas Estante metálico de 5 niveles Mueble para recepción de 1 madera y 5 gavetas 2 Silla secretarial ergonómica Silla secretarial cromada sin 1 brazos Escritorio secretarial de 3 1 gavetas	1 Escalera
Educación para la salud			1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 1 gavetas Escritorio secretarial de 3 1 gavetas 1 Pizarra de corcho 1 Silla secretarial ergonómica 1 Silla de espera metálica	
Clínica de nutrición		1 Báscula	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 1 gavetas Escritorio secretarial de 3 1 gavetas 1 Mes de madera plegable 1 Silla secretarial ergonómica 1 Silla de espera metálica	
Medicina interna		1 Desfibrilador 1 Electrocardiógrafo 1 Estetoscopio	1 CPU 1 Monitor 1 Teclado	Archivador metálico de 3 1 gavetas 1 Canapé con base metálica Escritorio secretarial de 3 1 gavetas	

		<p>1 Laringoscopio</p> <p>1 Porta suero</p>	<p>1 UPS</p>	<p>Mesa metálica con rodos de 13 niveles y 1 gaveta</p> <p>Peldaño o gradilla de 2 niveles</p> <p>1 Silla secretarial ergonómica</p> <p>1 Silla de espera metálica</p>	
Enfermería	1 Refrigeradora	<p>Aspirador de secreciones</p> <p>Cama hospitalaria</p> <p>2 Esterilizadores</p> <p>Lámparas de examen</p>		<p>Canapé con base metálica</p> <p>Escritorio secretarial de 3 gavetas</p> <p>Mesa metálica con 2 gavetas</p> <p>Mesa metálica aux. 2 niveles con rodos</p>	
		<p>2 Nebulizadores</p> <p>1 Porta suero</p> <p>2 Tensiómetros</p>		<p>Peldaño o gradilla de 2 niveles</p> <p>Silla secretarial ergonómica</p> <p>Silla de espera metálica</p>	
Laboratorio Clínico	1 Refrigeradora	<p>2 Centrífugas</p> <p>Equipo Baño María</p> <p>Equipo Bioquímica</p> <p>Equipo pruebas hematológicas</p> <p>1 Esterilizador</p> <p>Mezclador de tubos</p>	<p>1 CPU</p> <p>Impresor</p> <p>1 Monitor</p> <p>Teclado</p> <p>2 O</p> <p>3 UPS</p>	<p>Archivador metálico de 3 gavetas</p> <p>Escritorio secretarial de 3 gavetas</p> <p>Mesa niquelada de 2 niveles con rodos</p> <p>Silla secretarial tipo cajero sin brazos</p>	

		<p>3 Microscopios Rotador</p> <p>1 serológico</p> <p>Silla para muestras de</p> <p>1 sangre</p>			
--	--	---	--	--	--

ⁱ UNODC, WHO and Stop Rape Now (2015). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1

ⁱⁱ WHO (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

ⁱⁱⁱ WHO (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

**PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL MÓDULO DE
ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

CIUDAD MUJER/ HONDURAS

ENERO 2016

Elaborado por Dinys Luciano y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el apoyo de PLENUS y la participación de:
Corte Suprema de Justicia –CSJ,
Poder Judicial,
Ministerio Público,
Dirección de Fiscalías:
Fiscalía Especial de la Mujer –FEM,
Fiscalía Especial de la Niñez –FEN,
Dirección de Medicina Forense –MF,
Secretaría de Seguridad,
Policía Nacional –PN,
Universidad Nacional Autónoma de Honduras –UNAH/a través del Consultorio Jurídico Gratuito –CJG, de la Facultad de Ciencias Jurídicas -FCJ
Centro de atención y protección de los derechos de las mujeres –CAPRODEM,

En la coordinación del Equipo de País participaron la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social –SEDIS, el Instituto Nacional de la Mujer (INAM) y el Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras.



ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	
PRESENTACIÓN	
1. OBJETIVOS	9
1.1.OBJETIVO GENERAL	9
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS	10
3. INSTITUCIÓN COORDINADORA, OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES.	13
3.1 COORDINACIÓN Y EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL.....	13
3.2 OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES	14
4. PROCEDIMIENTOS Y FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN	16
4.1 INGRESO DE CASOS DE VCM	16
4.2 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL (CÓDIGO 1)	18
4.3 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR – PSICOLÓGICA, ECONÓMICA Y/O PATRIMONIAL (CÓDIGO 2).....	23
4.4 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR - FÍSICA (CÓDIGO 2)	28
4.5 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA COMUNITARIA	32
4.6 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA LABORAL	35
4.7 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (CÓDIGO 3).....	38
5. SISTEMA DE REFERENCIA	42
5.1 ORIENTACIONES GENERALES	42
5.2 SISTEMA DE REFERENCIA INTERNA	44
5.3. REFERENCIA EXTERNA	47
6. PERSONAL QUE INTEGRA EL MVCM	50
6.2 RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL PERSONAL DEL MVCM Y LOS OTROS MÓDULOS QUE INTERVIENEN EN LOS CASOS DE VCM	53
7. EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO	54
8. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	55
9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES	57
10. ANEXOS.....	60
12.A MARCO CONCEPTUAL – CONCEPTOS CLAVE	60
12.B MARCO NORMATIVO.....	61
12.C FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA EJERCIDA POR LA PAREJA ALGUNA VEZ Y EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES – ENDESA 2011-2012	62

LISTADO DE ANEXOS:

- a. Marco conceptual – Conceptos clave Marco normativo
- b. Marco normativo
- c. Factores asociados a la violencia ejercida por la pareja alguna vez y en los últimos 12 meses
- d. Ficha de tamizaje de violencia sexual en el MSSR
- e. Ficha de tamizaje de violencia laboral en el MAE
- f. Ficha de evaluación de riesgo y medidas de seguridad para víctimas / sobrevivientes de violencia sexual
- g. Ficha de referencia externa y contrareferencia
- h. Ficha de referencia interna – intermódulos
- i. Registro para el control de las referencias
- j. Lista de requerimientos de equipos

LISTA DE CUADROS

1. Principios y acciones correspondientes en la gestión y oferta de servicios en torno a la VCM
2. Oferta de servicios y componentes clave
3. Ingreso de los casos de violencia al MVCM
4. Atención inicial y subsecuente para casos de violencia sexual según instituciones intervinientes
5. Atención inicial y subsecuente para casos de violencia doméstica e intrafamiliar (psicológica, económica y/o patrimonial) según instituciones intervinientes
6. Atención inicial y subsecuente para casos de violencia doméstica e intrafamiliar (Física) según instituciones Intervinientes
7. Atención inicial y subsecuente para casos de violencia comunitaria según instituciones intervinientes
8. Atención inicial y subsecuente para casos de violencia laboral según instituciones intervinientes
9. Atención inicial y subsecuente para casos de violencia contra niñas, niños de 0-12 años hijas/os de las usuarias de Ciudad Mujer y mujeres adolescentes (15-18 años) según instituciones intervinientes
10. Intersecciones del MVCM con los otros módulos de CM
11. Referencia externa – Servicios de instituciones clave
12. Nombres, funciones de los puestos y cantidad de recursos humanos
13. Lista adaptada de medicamentos e insumos recomendados por la OMS - violencia sexual
14. Resultados e indicadores del MVCM
15. Riesgos y recomendaciones

LISTA DE GRÁFICOS

1. Flujograma de atención a la violencia sexual
2. Flujograma de atención a la violencia doméstica e intrafamiliar (psicológica, económica y/o patrimonial)
3. Flujograma de atención a la violencia doméstica e intrafamiliar (física)
4. Flujograma de atención a la violencia comunitaria
5. Flujograma de atención a la violencia laboral
6. Flujograma de atención a la violencia contra niñez y adolescencia
7. Sistema de referencia- Ciudad Mujer Honduras

SIGLAS Y ACRONIMOS

ALC	América Latina y el Caribe
AE	Autonomía económica
AI	Atención infantil
BANADESA	Banco Nacional de Desarrollo Agrícola
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAPRODEM	Centro de Atención y Protección de los Derechos de las Mujeres
CJG	Consultorio Jurídico Gratuito
CED-MIPYMES	Centros de Desarrollo Empresarial de la Micro y Pequeña Empresa
CM	Ciudad Mujer
DDHH	Derechos Humanos
DINAF	Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia
DPI	Dirección Policial de Investigación
EAI	Equipo de Atención Integral
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
FCJ	Facultad de Ciencias Jurídicas
FEM	Fiscalía Especial de la Mujer
FEN	Fiscalía Especial de la Niñez
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
INFOP	Instituto Nacional de Formación Profesional
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC	Latinoamérica y El Caribe
MAE	Módulo de Autonomía Económica de CM
MAI-CM	Módulo de Atención Infantil de CM
MAI -E	Modelo de Atención Integral Especializado del Ministerio Público
MEC	Módulo de Educación Colectiva
MF	Medicina Forense
MVCM	Módulo de Violencia Contra las Mujeres de CM
MSSR	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de CM
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
PN	Policía Nacional
RNP	Registro Nacional de Personas
RRHH	Recursos Humanos
SEDIS	Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social
SEDUC	Secretaría de Educación
SESAL	Secretaría de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
STSS	Secretaría de Trabajo y Seguridad Social
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VCM	Violencia contra la mujer

PRESENTACIÓN

Ciudad Mujer (CM) Honduras incluye la oferta de servicios de atención integral e integrada a la violencia contra las mujeres (VCM), en tanto ésta constituye uno de los problemas de desarrollo y derechos humanos (DDHH) más extendidos en el país y América Latina y el Caribe (ALC) en general. CM articula servicios de atención, prevención, protección y reparación congruentes con las necesidades de las mujeres a través de sistemas intersectoriales que garanticen el acceso a servicios de alta calidad técnica, la continuidad de la atención, el uso racional y eficiente de los recursos disponibles¹, la reducción de costos para las mujeres, la participación social en las respuestas a la VCM así como en la defensa y promoción de los derechos. Igualmente, aborda los factores de riesgo y protectores relacionados con la VCM en los distintos niveles de la ecología social: individual, relacional, comunitario, sectorial y macrosocial.²

Magnitud de la VCM. Las mujeres enfrentan distintas formas de violencia a lo largo del ciclo vital y en las diversas esferas en que se desenvuelven sus vidas, incluyendo la familia, las relaciones de pareja, la comunidad, el lugar de trabajo, los centros educativos, las instituciones proveedoras de servicios así como en los espacios públicos. Los datos de encuestas de población y registros administrativos disponibles a la fecha centran la recogida de información primordialmente en la violencia doméstica e intrafamiliar y, en menor medida en la violencia sexual, aunque de manera creciente se dispone de información sobre otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas escasamente documentadas tales como violencia en centros educativos, la trata, el femicidio en escenarios de alta conflictividad social y crimen organizado, la violencia en el proceso migratorio, la violencia institucional; y contra grupos específicos (indígenas, afrodescendientes, jóvenes, mujeres con capacidades especiales, mujeres que viven con VIH, población LGTBI, etc.).³

Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Honduras 2011-2012 (ENDESA), el 27% de las mujeres de 15-49 años fue objeto de violencia física a partir de los 15 años y el 22% de las mujeres alguna vez unidas experimentaron alguna forma de violencia (física, sexual, emocional) por parte del esposo/compañero en los últimos 12 meses.⁴ Durante el periodo 2011-2012, Honduras registró 10,446 denuncias por violencia intrafamiliar, cantidad casi 5 veces mayor a la registrada en Guatemala y El Salvador, sin embargo el número de detenidos por este hecho fue cercano a 3 veces menor que en estos dos países.⁵ Paralelamente, el país presentó una de las tasas más bajas de denuncias por violencia sexual en Centroamérica en el año 2012, con 21,4 denuncias por 100,000 habitantes, mientras que en Costa Rica fue 130,1, en El Salvador 50,8; y en Panamá 64,2.⁶ En América Latina este patrón tiende a estar relacionado con los niveles de confianza en las instituciones receptoras de las denuncias.⁷ En el 2014, la tasa de homicidios de mujeres fue de 11.9 por cada 100,000 habitantes.⁸ Igualmente, la violencia puede ser un factor asociado a la alta migración de mujeres hondureñas al exterior, enfrentando además distintas formas de violencia en el proceso migratorio, en los países de tránsito y destino. Más de 10.000 niños/as y adolescentes hondureños regresaron de México y Estados Unidos en 2014 y de éstos, el 40% eran mujeres.⁹ En

cuanto a la violencia laboral, los resultados de un estudio con obreras de la maquila de San Pedro Sula muestran una elevada exposición a riesgos y exigencias, así como tasas altas de daños a la salud.¹⁰

En términos de tipologías de VCM identificadas en los servicios, en Tegucigalpa de enero a diciembre de 2014 en la SESAL se diagnosticaron 10.835 casos de los cuales el 33,4% correspondían a violencia psicológica (3.619), 25% a violencia económica y/o patrimonial (2.698), 23,5% a violencia física (2.547) y 18,2% (1.971) a violencia sexual. Es decir, casi el 60% de los casos correspondía a violencia psicológica y económica y/o patrimonial, alrededor de uno de cada cuatro a violencia física y uno de cada cinco a violencia sexual.¹¹ En el sector Justicia, entre los delitos de mayor frecuencia a nivel nacional registrados en los Juzgados de Letras de lo Penal, la violencia intrafamiliar ocupó el segundo lugar con un 18% del total de los casos y la violación sexual el quinto lugar alcanzando el 8% del total.¹² En 2014, la Dirección de Medicina Forense realizó 2.370 evaluaciones a víctimas de delitos sexuales, el 92,6% (2.195 casos) son mujeres y el 7,4% (175) son hombres. En relación a la edad, el 86% (2.038 casos) oscilan entre 0 a 19 años y de éstos, las de mayor ocurrencia son las niñas entre 10 y 14 años con 36% (852).¹³ Según la Encuesta Latinobarómetro 2013, el 48% de las mujeres hondureñas se preocupa todo o casi todo el tiempo de llegar a ser víctima de un delito con violencia.¹⁴ Este dato es de especial relevancia para el abordaje de la VCM ya que tanto la victimización directa como el miedo a ésta deben ser considerados como partes integrantes del continuum de la VCM.

Consecuencias de la VCM y relación con la SSR y el empleo. La VCM tiene importantes costos económicos y sociales para las mujeres, las familias y las comunidades. Limita el ejercicio de los derechos humanos incluyendo el derecho a la vida, la educación, la salud, el trabajo, la participación social, a un adecuado nivel de vida, libertad de movimiento, entre otros. Según los datos de la ENDESA 2011-2012, el 46% de las mujeres que experimentaron violencia física por parte de la pareja, esposo o compañero en los últimos 12 meses reportaron como resultado de dicha violencia cortadas, moretones o dolores, el 34% sufrió cefalea, mareos, dolores abdominales o punzadas y el 10% serias lesiones en los ojos, torceduras, dislocaciones, o quemaduras. La violencia por la pareja está asociada a indicadores clave de salud sexual y reproductiva (SSR) como la alta fecundidad ya que el riesgo de violencia aumenta hasta casi 4 veces más (3,7) la probabilidad de experimentar violencia en las mujeres con 5 hijos o más en comparación con las que no tienen hijos. Igualmente, adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS) está fuertemente relacionado con la violencia, con 3 veces más probabilidad; y de tener el primer control prenatal luego de los cuatro meses de embarazo (tardío). En cuanto a la participación laboral, el tener un empleo al momento de la entrevista representó un mayor riesgo de sufrir violencia, en comparación con las mujeres que declararon no tener empleo actual, un 57% más probabilidad.¹⁵

Factores asociados a la VCM. El análisis de los factores asociados a la violencia ejercida por la pareja alguna vez en Honduras (ENDESA 2011-2012) indica que vivir en zonas urbanas implica mayor riesgo de violencia, con un 36% más probabilidad en comparación con las que viven en zonas rurales, y que los grupos etáreos de 20-24 años y 30-49 años tienen una probabilidad más alta de experimentar alguna vez

violencia por la pareja. Las mujeres sin educación tienen un 78% más posibilidad de sufrir violencia en comparación con las mujeres con niveles superiores de educación. Las etnias que presentan niveles significativos de riesgo de sufrir violencia por la pareja alguna vez son las Negro Inglés y Misquito respectivamente, en comparación con el conjunto de las etnias restantes. Ver análisis estadísticos de factores asociados a la violencia ejercida por la pareja alguna vez y en los últimos 12 meses de los datos de ENDESA 2011-2012 en el Anexo 21.c.

En términos de determinantes estructurales de la VCM, las normas de género prevalecientes se asocian con la magnitud de este problema.¹⁶ Según los datos de ENDESA 2005-2006, el 15.6% de las mujeres de 15-49 años justifica que la pareja, esposo/compañero maltrate a la mujer por al menos una razón.¹⁷ Igualmente, en un estudio con una muestra de 400 hombres residentes en Tegucigalpa se encontró que el porcentaje que justifica la agresión física del hombre contra su pareja fue 15.8% si ella no cuida bien a los hijos/as, 14.3% si ella injiere bebidas alcohólicas o tiene otros vicios, y 12.5% si ella traiciona a su pareja.¹⁸

Patrones de búsqueda de ayuda frente a la VCM. Según los datos de ENDESA 2011-2012, entre las mujeres con daños por violencia, el 24% visitó un médico o centro de salud, patrón que aumenta con la edad de la mujer. El 52% buscó ayuda en su familia, 18% acudió a la Policía Nacional, 12% a la Fiscalía de la Mujer y 9% a un juzgado/abogado. El 50% de las mujeres sobrevivientes de violencia por la pareja en los últimos 12 meses, no buscó ayuda, alcanzando el 31% “por miedo a él” y porque “creía que no era necesario”, respectivamente.¹⁹ Según los datos de la Encuesta Latinobarómetro 2013, el 80% de las mujeres reporta que tiene poca o ninguna confianza en el Poder Judicial - el más alto nivel de desconfianza entre los países centroamericanos, México y República Dominicana; mientras que el 71% reporta poca o ninguna confianza en la Policía, con igual proporción en México (71%)- la segunda más alta después de Guatemala (77%).²⁰

Respuestas sectoriales. El país dispone de servicios especializados de atención a la VCM, concentrados en la violencia doméstica e intrafamiliar y, en menor medida, en la violencia sexual. La Secretaría de Salud (SESAL), el Poder Judicial, el Ministerio Público, la Policía Nacional/Secretaría de Seguridad, el Comisionado Nacional de Derechos Humanos (CONADEH), la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), y distintas organizaciones no gubernamentales cuentan con programas y estrategias para abordar la VCM desde sus áreas de competencia. El Centro de Atención y Protección de los Derechos de las Mujeres (CAPRODEM) es una iniciativa estatal con la participación de la sociedad civil que funciona en Tegucigalpa desde 2014 e implementa acciones coordinadas para asistir y asesorar a mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia.²¹ También se dispone de una reducida cantidad de albergues para mujeres que han experimentado distintas formas de violencia. En general, la cobertura de servicios disponibles a la fecha es insuficiente y la oferta de servicios integrados en un sitio único es limitada. A esto se agregan, las barreras de acceso a la justicia y servicios de atención a las múltiples necesidades de las víctimas/sobrevivientes de violencia en toda su diversidad. El país cuenta con dos mecanismos de articulación interinstitucional, la Comisión Técnica Interinstitucional

contra la Violencia hacia la Mujer y la Comisión Interinstitucional contra la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes. En el proceso de ampliación de la respuesta integrada a la VCM, CAPRODEM se expande y se convierte en CM, manteniendo el enfoque de colaboración interinstitucional y utilizando recursos humanos y técnicos desarrollados. CM integrará también procedimientos de eficacia documentada en el país tales como la entrevista única utilizando la cámara Gesell, a partir de la experiencia del Modelo de Atención Integral Especializado del Ministerio Público (MAI-E).

Protocolo del Módulo VCM (MVCM). El presente Protocolo normará el funcionamiento del Módulo del Programa CM y deberá ser revisado al menos cada dos años. La entidad Coordinadora del Módulo será la entidad responsable de su actualización por medio de un proceso de discusión y socialización con el resto de las entidades participantes en el mismo y la entidad coordinadora del Programa.

1. OBJETIVOS DEL MVCM

1.1.OBJETIVO GENERAL

Implementar y fortalecer las acciones para la detección y atención de la mujer víctima/sobreviviente de violencia, en todas las etapas de su vida y en cualquier entorno social que se desarrolle, ya sea mediante el ingreso directo al módulo de atención o desde su ingreso a través de cualquiera de los otros módulos de CM y/o instancias del sistema de referencia externa, evitando su re-victimización.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a mujeres víctimas/sobrevivientes de cualquier tipo de violencia y ofrecerles servicios de asistencia legal, psicológica, médica y social.
- Coordinar acciones para la prevención y el abordaje integrado de la VCM en los distintos módulos y organizaciones externas a CM a fin de garantizar la calidad, continuidad y capacidad resolutoria de la atención.

En congruencia con la Convención de Belem do Pará²², este módulo, en coordinación con los otros módulos de CM, atiende distintas formas de VCM en el curso de vida: violencia doméstica e intrafamiliar, violencia sexual por cualquier persona, violencia contra niñas, niños hijas/os de usuarias de CM y adolescentes (15-18 años), violencia laboral, violencia comunitaria, y otras formas de violencia que ocurren en cualquier ámbito público o privado. También incluye asesoría legal en diversas materias conexas a la VCM tales como divorcios, alimentos, patria potestad, etc. Se espera que el MVCM produzca cambios medibles a nivel poblacional que reduzcan la prevalencia del problema y aumenten la cobertura y el acceso a los servicios requeridos para lograr la reparación integral de los derechos de las mujeres. El Resultado esperado es reducir la prevalencia de violencia contra las mujeres (física, sexual y/o económica ejercida por la pareja) en los territorios de intervención.

2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

El MVCM provee una atención integral e integrada centrada en las mujeres a través de la oferta de servicios de calidad, de fácil acceso geográfico, que respeta las decisiones de la usuaria y reconoce la importancia de abordar las distintas necesidades de las mujeres en toda su diversidad. La toma ética de decisiones en la oferta de servicios debe estar guiada por los principios de respeto por la autonomía, beneficencia y justicia para asegurar que las acciones de las proveedoras sean compatibles con los estándares de atención, estén centradas en las mujeres y eviten la revictimización en el proceso.^{23, 24, 25} Las medidas y acciones para operativizar estos principios son diversas y se llevan a cabo en distintos ámbitos y procesos de la atención.

Cuadro 1: Principios y acciones correspondientes en la gestión y la oferta de servicios en torno a la VCM

PRINCIPIO	MEDIDAS/ACCIONES
No discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios se ofrecen bajo estándares nacionales e internacionales de derechos humanos, sin discriminación y no se rehúsa atención a las mujeres por características como la pertenencia étnica, situación socioeconómica, estado civil, edad, ocupación, estatus migratorio, creencias religiosas, capacidades especiales, estado de salud (vivir con VIH), orientación sexual, identidad de género, lugar de residencia, u otra condición. • A todas las usuarias se les ofrecerá la misma alta calidad de atención y deberán ser tratadas con justicia, sin ser estigmatizadas o culpabilizadas por la violencia que enfrentan, incluyendo justificaciones asociadas a la edad (mujeres jóvenes), vínculo con personas en conflicto con la ley (miembros de pandillas), condición de migrante retornada, entre otros. • Eliminar las barreras de acceso geográfico, económico, cultural y social que restringen la utilización de los servicios por parte de poblaciones específicas. Esto incluye la oferta gratuita de todos los servicios ofrecidos en CM. • No introducir el historial sexual de la víctima/sobreviviente de violencia tanto en procedimientos civiles como penales.²⁶
Confidencialidad y privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • La información sobre la experiencia de violencia deberá ser recogida, usada y guardada de forma confidencial, tanto en las instancias de referencia interna y externa. • Compartir información de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por CM, después de obtener el consentimiento de la usuaria. • Implementar mecanismos para resguardar la información disponible en físico y sistemas electrónicos.

PRINCIPIO	MEDIDAS/ACCIONES
	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la confidencialidad de información referida a condiciones específicas como por ejemplo, el estatus serológico de VIH. • Provisión de servicios en espacios privados.
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer mecanismos para que la víctima/sobreviviente tome sus propias decisiones, incluyendo las relativas a su SSR, a radicar o no una denuncia, seguir determinados procedimientos legales, médicos, psicológicos; o buscar un crédito y/o empleo. La víctima/sobreviviente debe otorgar consentimiento informado para tratamientos y procesos legales antes de que éstos sean iniciados. • En el caso de niñas, niños y adolescentes, se observarán medidas establecidas en las leyes del país y estándares internacionales en torno a su participación e involucramiento en la toma de decisiones, considerando la promoción de los mejores intereses para éstas/os.²⁷ • Desarrollar estrategias para que las víctimas/sobrevivientes fortalezcan sus capacidades y, progresivamente, tomen decisiones en las áreas de su vida afectadas por la violencia y logren una reparación de sus derechos en el corto, mediano y largo plazo. • Medidas para asegurar la participación de las víctimas/sobrevivientes en decisiones que tienen implicaciones para sus vidas y en los procesos de implementación, monitoreo y evaluación del MVCM. • El acceso a los servicios de atención a la VCM no estará condicionado al hecho de que la víctima/sobreviviente denuncie los hechos de violencia a la Policía Nacional, Ministerio Público o Juzgados por cuanto esto puede desalentar a las mujeres a buscar asistencia médica, psicológica, económica, legal o de otra índole.²⁸
Seguridad y reducción riesgo de daños no intencionales	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar medidas para garantizar la seguridad física y emocional de las víctimas/sobrevivientes, sus hijas/os o testigos de la violencia que éstas han experimentado. • Todas las acciones deben proteger el bienestar físico y emocional de las víctimas/sobrevivientes en el corto, mediano y largo plazo. • En caso de riesgo inminente de violencia, se establecerán órdenes de emergencia, permitiendo que el procedimiento ocurra con carácter <i>ex parte</i> sin una audiencia y otorgar prioridad a la seguridad de la víctima/sobreviviente.²⁹ • Asegurar la celeridad de las actuaciones, garantizando

PRINCIPIO	MEDIDAS/ACCIONES
	<p>respuestas institucionales y procedimientos ágiles para la adecuada protección y seguridad de las víctimas/sobrevivientes.³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la seguridad física y emocional de las proveedoras de los servicios a través programas de autocuidado y reglas de seguridad para los recursos humanos del MVCM y CM en general. • Capacitar al personal en procedimientos para garantizar la seguridad de las víctimas/sobrevivientes y en técnicas de entrevista a utilizar en el caso de mujeres con trauma severo. • Desarrollar e implementar estrategias para eliminar el estigma a nivel comunitario y familiar contra las mujeres que utilizan los servicios de atención a la VCM, incluyendo campañas en torno a normas de género que prescriben la VCM como un problema privado o del cual las mujeres son responsables o culpables; así como para promover el apoyo social (familiar y comunitario) para las víctimas/sobrevivientes, como factor protector contra la violencia. • Evaluar los riesgos y amenazas que enfrentan las víctimas/sobrevivientes en su familia y en la comunidad. • Evitar la perpetuación de normas de género locales que promueven las distintas formas de VCM y/o la violencia hacia grupos específicos de población.
<p>Más alto estándar de vida y fortalecimiento de la resiliencia de las mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios deben ser de la más alta calidad, disponibles, con adecuada capacidad resolutoria, accesibles, aceptables y sensibles a la diversidad cultural, así como a necesidades especiales (por ejemplo, mujeres con capacidades especiales). • Los servicios deben identificar y construir planes de vida y seguridad con base en las fortalezas de las mujeres, promover los factores que favorecen la prevención de la VCM, así como la recuperación y el ejercicio de los derechos en todos los espacios en los que se desenvuelven sus vidas.
<p>Atención especializada con recursos humanos con competencias clave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las proveedoras de servicios deben estar capacitadas a nivel avanzado en atención integral e integrada de las distintas formas de VCM, incluyendo conocimiento de las mejores prácticas a nivel mundial y estándares internacionales. La capacitación debe ser sistemática y formar parte de procesos de mejora continua de la atención.

Fuentes: WHO, 2014; AIDSTAR-One, 2013; Vázquez M y Hale F, 2011; CIDH/OEA, 2011³¹; Luciano D, 2012³²; CARE, 2008³³.

3. INSTITUCIÓN COORDINADORA, OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES.

3.1 COORDINACIÓN Y EQUIPO DE ATENCIÓN INTEGRAL.

El Instituto Nacional de la Mujer (INAM) será responsable de la organización y funcionamiento del MVCM, el manejo de los casos (case management), así como de las acciones referidas a la integración de la VCM en los otros módulos de CM. También ofrecerá apoyo técnico para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las estrategias de prevención primaria a nivel comunitario y de información y educación sobre VCM en las instalaciones de CM, asegurando de esta forma, coherencia en contenidos, enfoques y uso de la evidencia y estándares comunes que guiarán el quehacer institucional sobre este tema.

El MVCM funciona como un Equipo de Atención Integral (EAI) a la VCM compuesto por mujeres profesionales de distintas disciplinas: derecho, trabajo social, psicología, medicina forense y seguridad; contando con una Coordinadora del módulo y Encargada (s) de casos (case manager) que dará (n) seguimiento a las usuarias y al proceso de referencia interna y externa.

La colaboración interinstitucional y multidisciplinaria del EAI incluye, además de ofrecer servicios en un mismo espacio, acciones conjuntas de análisis, intercambio de información, desarrollo de recursos y capacidades:

- Análisis de situación de las distintas formas de VCM en los territorios de influencia, incluyendo la prevalencia, incidencia, factores asociados, tendencias en determinantes estructurales y cambios en las instancias que ofrecen atención a la VCM a lo interno de CM y en sistemas/instituciones externas. Esto permitirá hacer los ajustes necesarios a la oferta de servicios, a las referencias e identificar requerimientos para la actualización del protocolo interno del MVCM.
- Adherencia a estándares comunes de atención, considerando los protocolos específicos sectoriales, incluyendo los de la SESAL (Consejerías de Familia), Medicina Forense, Ministerio Público, Poder Judicial, Consultorio Jurídico Gratuito de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la UNAH (CJG-FCJ-UNAH), entre otros.
- Intercambio de información sobre agendamiento, seguimiento a referencias, datos seleccionados de la usuaria y servicios ofrecidos; con estricto apego a normas de confidencialidad.
- Análisis conjunto de casos especiales y planificación para su abordaje.
- Capacitación continua especializada, intercambio de experiencias así como buenas prácticas y nuevas evidencias sobre atención integral de la VCM.
- Planificación estratégica anual, reuniones regulares (mensual, quincenal) del MVCM así como con las instancias que forman parte del sistema de referencia interna y externa. Esto incluye actividades de monitoreo y evaluación de procesos y resultados del MVCM.
- Estrategias colectivas de autocuidado y seguridad de las proveedoras de servicios.
- Establecimiento de prioridades y selección de los modelos probados para la

prevención primaria de las distintas formas de VCM que puedan ser adaptados a CM Honduras e identificando junto a la Coordinadora del Módulo de Educación Colectiva (MEC), criterios clave para la adaptación de dichos modelos en los territorios tales como el nivel de conflictividad social y/o influencia de organizaciones del crimen organizado. La prevención primaria complementará las acciones de prevención secundaria y terciaria en el MVCM, CM en general y en las instancias del sistema de referencia externa.

3.2 OFERTA DE SERVICIOS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

El MVCM ofrece un paquete de servicios clave interconectados entre sí cuya ruta de atención varía dependiendo del tipo de violencia identificada, el estado de la víctima/sobreviviente y algunas circunstancias del hecho, como por ejemplo en caso de flagrancia. El paquete de intervenciones del MVCM se describe en la Cuadro 2.

Cuadro 2: Oferta de servicios y componentes clave

SERVICIOS	COMPONENTES
Atención psicológica y social INAM	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre servicios de atención a la violencia en CM. • Intervención en crisis emocional. • Asistencia psicológica. • Grupos de apoyo. • Orientación y apoyo para el desarrollo de planes de vida y seguridad de las usuarias de corto, mediano y largo plazo. • Manejo de casos, con énfasis en el seguimiento a las referencias internas y externas a servicios especializados de salud, acceso al crédito, empleo, apoyo educativo, vivienda, asistencia financiera para la familia, albergue temporal, entre otros.
Representación y Defensa Fiscalía Especial de la Mujer (FEM)	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de denuncias. • Investigación de los delitos de VCM. • Calificación de los delitos. • Presentación de casos a los juzgados competentes. • Imposición de medidas de seguridad. • Asistencia técnica y jurídica a las víctimas/sobrevivientes.
Medicina Forense Dirección de Medicina Forense (MF)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación física médico legal de las víctimas/sobrevivientes. • Dictamen médico forense. • Refiere a los servicios de salud mental de la SESAL para evaluación psiquiátrica y psicología, en los casos que proceda.

SERVICIOS	COMPONENTES
Asesoría y representación legal Consultorio Jurídico Gratuito (CJG-FCJ-UNAH)	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y asesoría legal en las diferentes áreas del derecho que estén vinculadas con las actividades de CM [distintas tipologías de VCM, materia laboral y civil (reconocimiento, divorcios, alimentos, unión de hecho, patria potestad), administrativa, patrimonial, etc.].
Asistencia policial Policía Nacional (PN)/Secretaría de Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Dar lectura a la imposición de medidas de seguridad a solicitud de la Fiscalía. • Protección a las víctimas de violencia y verificación del cumplimiento de las medidas de protección. • Investigación policial. • Captura de agresores. • Asistencia y acompañamiento a las víctimas/sobrevivientes.

Todas las instancias participantes en el MVCM realizarán referencias internas y externas a servicios especializados según su ámbito de competencia. Igualmente, aunque el MVCM es el responsable de la atención a la VCM, todos los módulos de CM tienen responsabilidades directas en el abordaje del problema entre las que se incluyen detección de casos, asistencia, promoción de servicios; e información/educación sobre la VCM y los temas que se abordan en dichos módulos (Ver Cuadro 10). Asimismo, el MVCM ofrece servicios de solución administrativa-legal, judicial o extrajudicial para el restablecimiento y defensa de los derechos de las mujeres en los ámbitos de familia, derechos personales (Identidad e Identificación) así como derechos de libertad individual.

Todas las usuarias que identifiquen estas necesidades de manera espontánea en Recepción o en la entrevista del área de Orientación de CM serán remitidas al INAM para establecer la ruta de atención y asegurar posterior seguimiento.

El INAM, FEM, MF, PN y CJG-FCJ-UNAH ofrecerán la asistencia pertinente y realizarán las referencias internas y externas de lugar.

4. PROCEDIMIENTOS Y FLUJOGRAMAS DE ATENCIÓN

El flujograma general delinea los pasos diferenciados para la atención a las distintas formas de VCM, aunque se reconoce que éstas se superponen entre sí y que sus consecuencias tienen un carácter acumulativo a lo largo de la vida. En este sentido, una misma usuaria puede haber experimentado distintas formas de violencia y por lo tanto, podría requerir atención concurrente o separada para algunas de ellas. Por esta razón, determinados procesos que aparecen separados en los flujogramas, dependiendo del caso, se llevarán a cabo de manera paralela. En congruencia con las leyes nacionales y los estándares internacionales, en el marco de los servicios de CM y la referencia externa, la mediación o conciliación está prohibida en todos los casos de VCM, tanto antes como durante los procedimientos judiciales.³⁴ En los casos de VCM ejercidos por o vinculados al crimen organizado (pandillas, narcotráfico, redes de trata de personas u otros), la Coordinadora del MVCM avisará a las instancias nacionales y locales competentes y a la Directora del CM para activar las medidas de seguridad correspondientes.

Los pasos de atención a la VCM en CM incorporan las medidas establecidas en los distintos protocolos institucionales actualmente en vigencia^{35, 36, 37, 38, 39, 40} y estándares internacionales, los cuales se describen en las Cuadros siguientes.

4.1 INGRESO DE CASOS DE VCM

Las víctimas/sobrevivientes pueden llegar al CM por demanda espontánea, a través de referencia de otras instancias fuera de CM, o identificadas en cualquiera de los módulos de atención en CM y/o en las actividades comunitarias del MEC. Para todas las tipologías de VCM, el INAM será la puerta de entrada (filtro) hacia todos los servicios del MVCM y la Encargada de casos como parte del INAM, dará seguimiento a la ruta interna y las referencias externas de cada usuaria.

Cuadro 3: Ingreso de los casos de violencia al MVCM

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Usuaria	Ingreso a las instalaciones de CM por una necesidad en materia de violencia (cualquiera de sus tipologías).	Verificación en el expediente que se etiqueta como demanda espontánea. Código 1 – Violencia Sexual Código 2 - Violencia doméstica e intrafamiliar (física, psicológica, sexual económica y/o patrimonial). Código 3 – Violencia de cualquier tipo contra niñas, niños y adolescentes.

2	Instituciones del sistema de referencia externa	Realizar referencia documentada para el ingreso de la usuaria a las instalaciones de CM por una necesidad en materia de violencia (cualquiera de sus tipologías).	Hoja de referencia de las instituciones participantes en el sistema de referencia. Código 1 – Violencia Sexual Código 2 - Violencia doméstica e intrafamiliar (física, psicológica, económica y/o patrimonial). Código 3 – Violencia de cualquier tipo contra niñas, niños y adolescentes.
3	Instancias pertinentes de los módulos de CM: MAE, MAI, MSSR	Orientación y derivación de usuarias. Si se identifica la víctima/sobreviviente en los otros módulos, se remite al INAM, donde se iniciarán las diligencias pertinentes.	Hoja de referencia interna Código 1 – Violencia Sexual Código 2 - Violencia doméstica e intrafamiliar (física, psicológica, sexual, económica y/o patrimonial). Código 3 – Violencia de cualquier tipo contra niñas, niños y adolescentes.
4.	Orientadora	Identifica con la usuaria, las necesidades de atención. Informa a Coordinadora del MVCM y se activa el EAI.	Ficha de registro de Orientación

La ruta de atención inicial para los casos de violencia sexual y violencia doméstica e intrafamiliar será la misma, con especificidades según características del caso. La víctima/sobreviviente es recibida por el INAM para realizar la evaluación, brindar asistencia según necesidades y hacer la derivación interna correspondiente. Si la usuaria no desea interponer la denuncia, la psicóloga y la trabajadora social le ofrecerán asistencia y la empoderarán para que tome las decisiones que garanticen su seguridad, protección y reparación de sus derechos, incluyendo asesoramiento sobre las potenciales ventajas de la denuncia. Si la mujer desea interponer la denuncia, el INAM la acompañará a la FEM, instancia que procederá a tomar la declaración a la víctima en un solo acto usando la cámara Gesell (entrevista única), en los casos que aplique. Posteriormente, la FEM trasladará la víctima a Medicina Forense y según proceda, ésta la derivará a los servicios de atención/evaluación psicológica y psiquiátrica de la SESAL; mientras se continúa con la investigación para identificar y realizar el requerimiento fiscal. Si el agresor es conocido, en la investigación se incluirá el retrato hablado y se dará protección a la víctima/sobreviviente, como testigo protegido. La FEM dirigirá la usuaria al INAM para dar continuidad a la asistencia psicológica y social y realizar las referencias internas y externas correspondientes.

Estos procedimientos aplican tanto para los casos de Flagrancia como de No Flagrancia de violencia sexual y violencia doméstica e intrafamiliar. En caso de Flagrancia, la PN acudirá al lugar de los hechos, verificará la denuncia y realizará la captura, si procede.

4.2 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL (CÓDIGO 1)

En Honduras, la violencia sexual se define como “Toda conducta que entrañe amenaza o intimidación que afecte la integridad o la autodeterminación sexual de la mujer, tal como las relaciones sexuales no deseadas, la negación a anticoncepción y protección, entre otras, siempre que dichas acciones no se encuentren tipificadas como delito en el Código Penal”.⁴¹

Cuadro 4: Atención inicial y subsecuente para casos de violencia sexual según instituciones intervinientes

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	INAM	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si requiere atención en crisis. En caso positivo, estabiliza emocionalmente a la usuaria antes de proceder con los pasos subsiguientes. • Ofrece asistencia psicológica – individual y grupos de apoyo. • Identifica las redes de apoyo de la víctima/sobreviviente y estrategias para reforzarlas. • Realiza evaluación de riesgo y estrategias de seguridad. • Elabora plan de vida y seguridad. • Identifica si requiere medios de subsistencia remite a la SEDIS¹ y si necesita empleo, acceso a crédito o desarrollar competencias técnicas, deriva al MAE. • Planificación del EAI para el abordaje de casos especiales o complejos. • Realiza gestiones de transporte y 	<p>Formulario de registro único de distintas formas de VCM Ficha de evaluación de riesgo y medidas de seguridad para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual adultas en Ciudad Mujer Honduras (Anexo 12.f)</p>

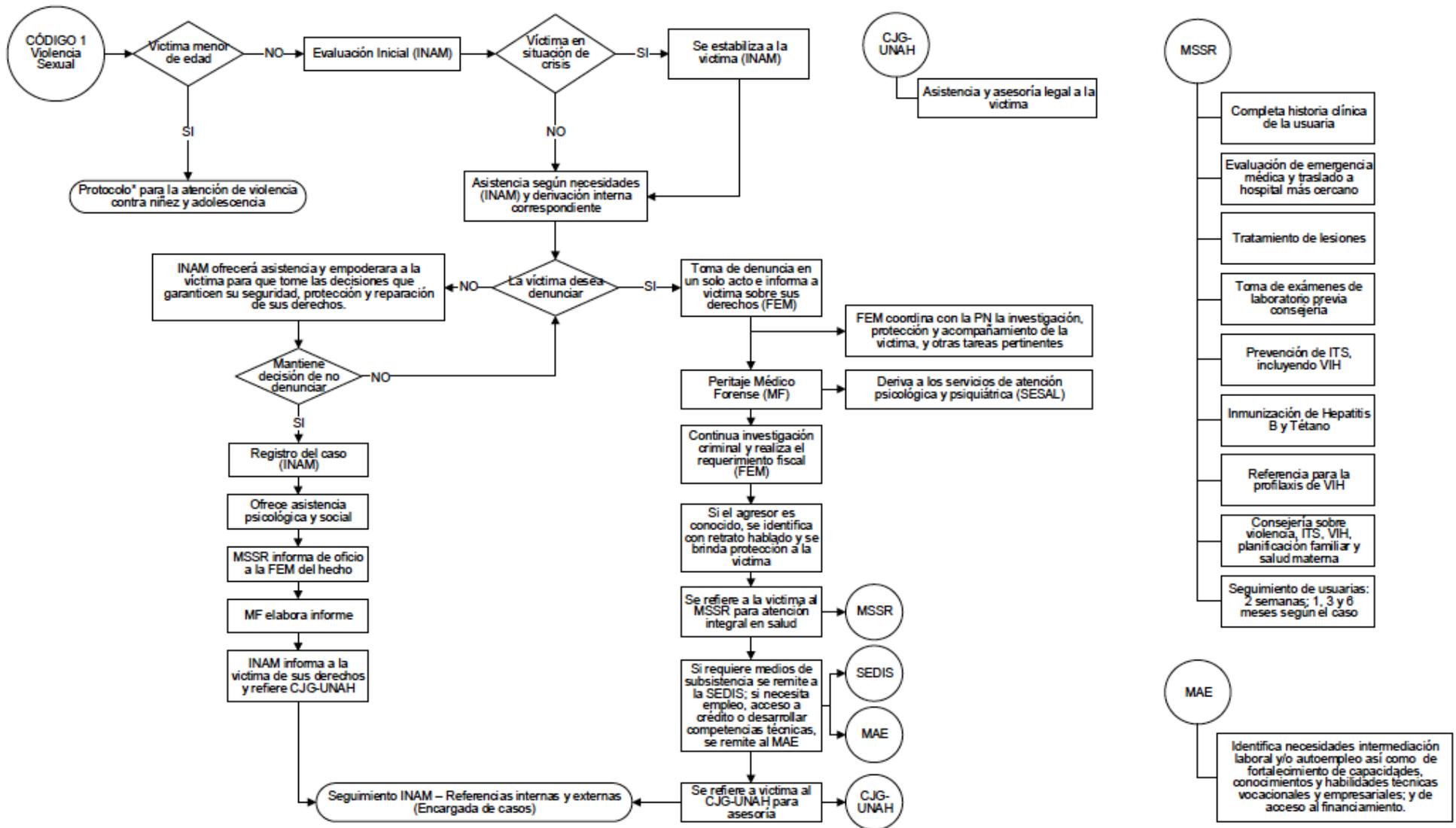
¹ Para todas las tipologías de VCM, la SEDIS proveerá información y/o asistencia sobre los medios de subsistencia disponibles y como obtenerlos, incluyendo información y referencia a Credimujer, Bono 10,000; Programa de Asignación Familiar, DIMUJER, entre otros.

		<p>acompañamiento a víctima, en caso necesario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. <p>Si desea denuncia se envía a la FEM. Si la víctima/sobreviviente no desea denunciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • INAM registra el caso. • Ofrece asistencia psicológica y social. • MSSR mediante oficio informa a la FEM del hecho. • MF elabora el informe correspondiente, incluyendo los medios reunidos por los cuales podría iniciarse la actividad de la justicia penal, mediante la promoción del proceso y realizará seguimiento al avance del caso. • Informa a la víctima/sobreviviente sobre sus derechos. • Refiere al CJG-FCJ-UNAH para asesoría jurídica • Remite a la SEDIS y/o al MAE, según necesidad. • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. 	
2	FEM	<ul style="list-style-type: none"> • Informa a la víctima/sobreviviente sobre sus derechos. • Toma denuncia en un solo acto, utilizando Cámara Gesell y protocolo establecido en el MAI-E (Ministerio Público). • Gestiona las medidas de protección necesarias. • Ofrece asesoría jurídica a la víctima/sobreviviente. • Solicitud peritaje médico forense al MF. En caso de que la víctima/sobreviviente requiera atención por daño (sangrado), se refiere al MSSR para cuidado de salud y el MF puede tomar la muestra paralelamente con la 	<p>Formulario de denuncia Ficha de entrevista única Informe de uso de cámara Gesell Acta de imposición de medidas de seguridad al denunciado por actos de violencia sexual, si procede Ficha de referencia externa Ficha de referencia interna</p>

		<p>ginecóloga. Si hay un daño físico, la prioridad es la atención es salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisa y dirige a la Policía Nacional sobre la investigación. • Remite el caso a la Fiscalía, la cual procederá a presentar el caso al juzgado competente, si procede requerimiento fiscal. • Si la víctima/sobreviviente requiere una intervención en materia civil, se remite al CJG-FCJ-UNAH. 	
3	MF	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médico legal y valoración de riesgos. • Refiere a los servicios de salud mental de la SESAL para evaluación psiquiátrica y psicología, en los casos que proceda. • Emisión del dictamen. • Remisión del informe preliminar, considerando que el informe final toma un tiempo no determinado. 	<p>Dictamen - Ficha/Protocolo de delitos sexuales de la Dirección de Medicina Forense</p>
4	PN	<ul style="list-style-type: none"> • Inspección del lugar de los hechos. • Inicia proceso de investigación. • Acompañamiento a la víctima/sobreviviente y protección, si procede. • Otras acciones pertinentes según instrucciones de la FEM o el INAM. Individualizado el sospecho, si tuviere peligro de fuga se solicita a FEM auto de detención preventiva. • Apoya al INAM a efecto de cumplir las derivaciones establecidas. 	<p>Identificación, fijación y recolección de indicio. Actas de decomiso Cadena de Custodia Álbum Fotográfico Ficha de acompañamiento a la víctimas/sobrevivientes</p>
5	MSSR	<ul style="list-style-type: none"> • Completa historia clínica de la usuaria. • Evalúa si hay emergencia médica y si requiere traslado a hospital más cercano. • Tratamiento de lesiones. • Toma de exámenes de laboratorio previa consejería (Prueba de embarazo, VIH, y otras ITS). • Prevención de ITS, incluyendo VIH. 	<p>Historia clínica Ficha de tamizaje de violencia sexual (Anexo 12.d) Ficha de consentimiento informado para la toma de tratamiento médico sin interponer la denuncia (instrumento</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Inmunización contra Hepatitis B y Tétano. • Referencia para la profilaxis de VIH, (en las primeras 72 horas y de preferencia en las primeras 4 horas). • Consejería sobre violencia, ITS, VIH, planificación familiar, salud materna (control pre y postnatal). • Seguimientos de usuarias: 2 semanas; 1,3 y 6 meses según el caso. 	<p>elaborado por SESAL y Médicos Sin Fronteras) Ficha de referencia interna</p>
6	CJG-FCJ-UNAH	Asistencia y asesoría legal a la usuaria.	<p>Ficha de evaluación jurídica Ficha de referencia externa</p>
7	MAE	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades de intermediación laboral y/o autoempleo así como de fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales y empresariales; y de acceso al financiamiento. • Provee servicios para promover la autonomía económica a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (Secretaría de Trabajo y Seguridad Social -STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida (Instituto Nacional de Formación Profesional - INFOP), capacitación empresarial (Centros de Desarrollo Empresarial de la Micro y Pequeña Empresa – CDE MIPYME), nivelación académica (Secretaría de Educación- SEDUC), créditos a través de Banca Solidaria y el Banco Nacional de Desarrollo Agrícola (BANADESA). 	<p>Formulario de usuarias MAE Ficha de referencia externa</p>

Gráfico 1: Flujoograma de atención a la violencia sexual



4.3 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR – PSICOLÓGICA, ECONÓMICA Y/O PATRIMONIAL (CÓDIGO 2).

La violencia doméstica se define como “Todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la violencia física, psicológica, patrimonial, y/o económica y sexual. Por su parte, el delito de violencia intrafamiliar tiene por objeto las situaciones que en el ámbito del hogar impliquen el ejercicio de la fuerza, la intimidación o persecución a su cónyuge o ex cónyuge, a la persona con quien conviva o haya mantenido una relación concubinaria, a aquella con quien haya procreado hijos, con la finalidad de causarle daño físico, emocional o para dañar sus bienes”.⁴² También constituye violencia intrafamiliar cuando es una reincidencia por violencia doméstica comprobada en el juzgado competente.

Se han incluido los procesos de atención tanto para violencia física como violencia económica y/o patrimonial considerando que en estos tres casos, se presentan situaciones de emergencia. Por ejemplo, en los casos de violencia económica y/o patrimonial y psicológica se pueden verificar condiciones que no siempre ocurren de manera concurrente con la violencia física contra la mujer tales como la sustracción de hijas/os, daños y/o destrucción de propiedades incluyendo la vivienda, violencia contra personas relacionadas con la víctima/sobreviviente, etc. Las definiciones de violencia económica y/o patrimonial y psicológica están disponibles en el Anexo 12.a.

Cuadro 5: Atención inicial y subsecuente para casos de violencia doméstica e intrafamiliar (psicológica, económica y/o patrimonial) según instituciones intervinientes

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	INAM	<ul style="list-style-type: none"> • Si ha registrado violencia sexual, se activa el proceso del Código 1.² • Evalúa si requiere atención en crisis. En caso positivo, estabiliza a la usuaria antes de proceder con los pasos subsiguientes. • Ofrece asistencia psicológica y realiza la cita para el seguimiento. • Realiza evaluación de riesgo y estrategias de seguridad. • Identifica las redes de apoyo de la víctima y estrategias para reforzarlas. • Elabora planes de vida y seguridad. 	<p>Formulario de registro único de distintas formas de VCM</p> <p>Escala de valoración de riesgo en casos de violencia doméstica y/o intrafamiliar (incluida en el Protocolo de atención integral a las víctimas de violencia contra la mujer en supuestos de violencia doméstica y de violencia</p>

² Se incluye Código 1 en esta tipología de VCM ya que la violencia psicológica por la pareja tiende a estar superpuesta con la violencia sexual y/o la física.

		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica si requiere medios de subsistencia y remite a la SEDIS, y si necesita empleo, acceso a crédito o desarrollar competencias técnicas, deriva al MAE. • Identifica necesidades de atención en salud (física, psicológica, psiquiátrica) y remite al MSSR y/o hospital de 2do y 3er nivel de complejidad. • Realiza gestiones de transporte y acompañamiento a víctima, en caso necesario. • Analiza si constituye delito. Si constituye delito, remite por medio de oficio a FEM. • Planificación del EAI para el abordaje de casos especiales o complejos. • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. • Si la víctima/sobreviviente no desea denunciar: Elabora el informe correspondiente, incluyendo los medios reunidos por los cuales podría iniciarse la actividad de la justicia. • Refiere al MSSR para atención integral de salud, si procede. • Remite a la SEDIS y/o al MAE, según necesidad. • Refiere al CJG-FCJ-UNAH para asesoría jurídica. • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. 	<p>intrafamiliar y Guía de adecuación técnica para su aplicación, página 99.)</p>
2	FEM	<ul style="list-style-type: none"> • Informa a la víctima/sobreviviente sobre sus derechos. • Toma la denuncia utilizando Cámara Gesell y protocolo establecido en el MAI-E (Ministerio Público). • Remitir el caso al juzgado competente en término de las 24 horas. • En caso de violencia física, emite oficios correspondientes a MF, si 	<p>Acta de denuncia Acta de imposición de medidas de seguridad al denunciado por actos de violencia doméstica, si procede. Acta de entrega de citación Acta de remisión de denuncia Ficha de referencia</p>

		<p>procede.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenar imposición de medidas de seguridad, si aplica. • Refiere al MSSR para atención integral de salud, si procede. • Refiere al CJG-FCJ-UNAH para asesoría jurídica. 	interna
3	MF	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médico legal y valoración de riesgos. • Refiere a los servicios de salud mental de la SESAL para evaluación psiquiátrica y psicología, en los casos que proceda. • Emisión del dictamen. • Remisión del informe preliminar, considerando que el informe final toma un tiempo no determinado. 	Dictamen
4	CJG-FCJ-UNAH	Asistencia y asesoría legal a la usuaria.	Ficha de evaluación jurídica Ficha de referencia externa
5	MSSR	<ul style="list-style-type: none"> • Completa historia clínica de la usuaria. • Evalúa si hay emergencia médica/psiquiátrica y si requiere traslado a hospital más cercano. • Tratamiento a problemas de salud sexual y reproductiva, si procede. • Consejería sobre violencia, ITS, VIH, planificación familiar, salud materna (control pre y postnatal). 	Historia clínica Ficha de referencia externa
6	MAE	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades de intermediación laboral y/o autoempleo así como de fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales y empresariales; y de acceso al financiamiento. • Provee servicios para promover la autonomía económica a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida 	Formulario de usuarias MAE Ficha de referencia externa

		(INFOP), capacitación empresarial (CDE-MIPYME), nivelación académica (SEDUC); y créditos a través de Banca Solidaria y BANADESA.	
7	PN	<ul style="list-style-type: none"> • Informa de las medidas de seguridad. • Verifica el cumplimiento de las medidas de protección e informa al INAM y a la FEM que se han otorgado dichas medidas a la usuaria. • Acompañamiento a la víctima/sobreviviente y protección, si procede. • Otras acciones pertinentes según instrucciones de la FEM o el INAM. 	Ficha de acompañamiento a víctimas/sobrevivientes Acta de verificación de medidas

4.4 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA E INTRAFAMILIAR - FÍSICA (CÓDIGO 2)

En los casos de violencia femicida (tentativa de femicidio de la mujer o familiares de la víctima), la FEM los remitirá a la Fiscalía de Delitos contra la Vida, la cual incluye una unidad de femicidios.³ La reincidencia de violencia doméstica por la pareja o ex pareja comprobada por juzgado competente será recibida por la FEM como denuncia por delito de violencia intrafamiliar. La definición de violencia física en el Anexo 12.a.

Cuadro 6: Atención inicial y subsecuente para casos de violencia doméstica e intrafamiliar (física) según instituciones intervinientes

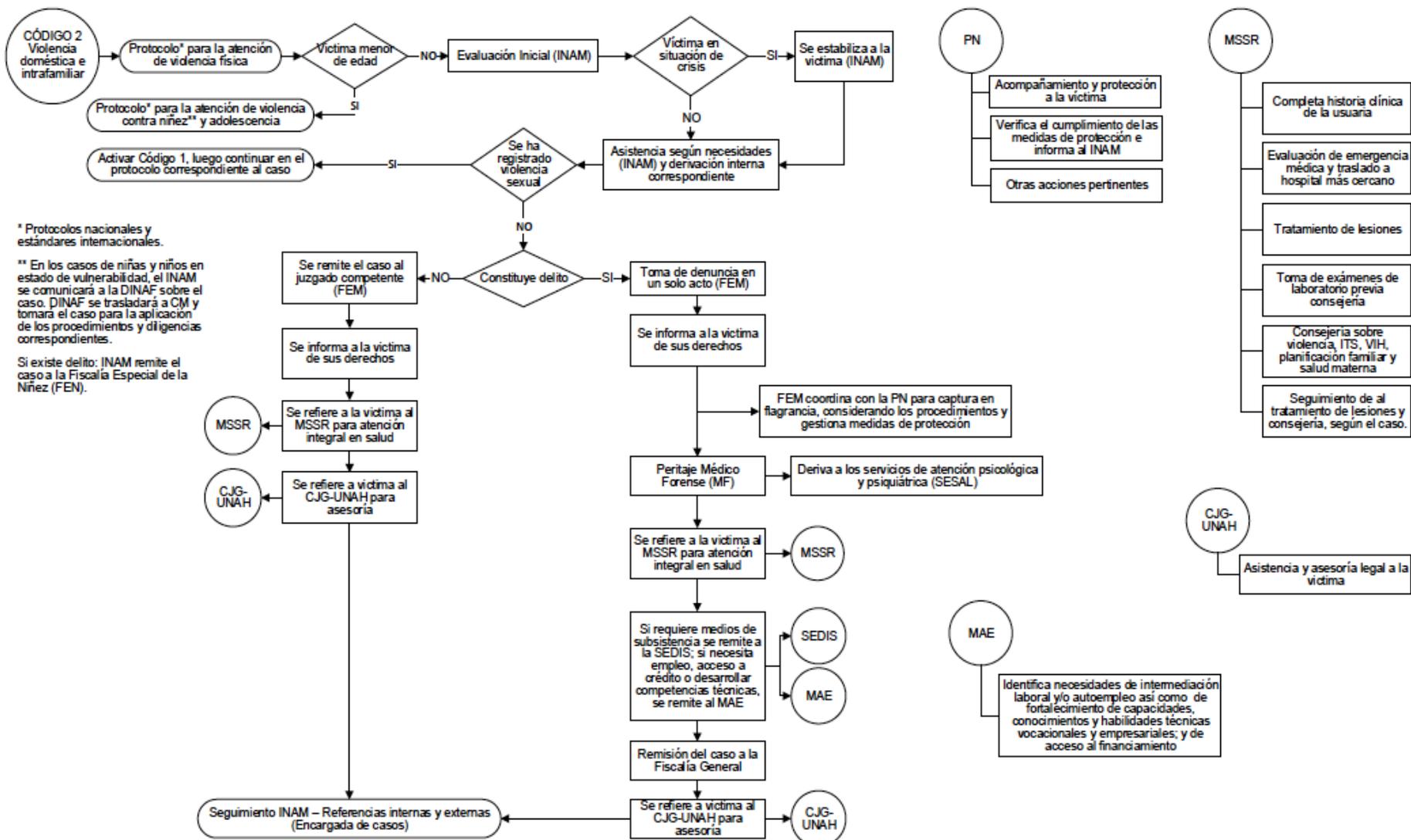
NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	INAM	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si requiere atención en crisis. En caso positivo, estabiliza a la usuaria antes de proceder con los pasos subsiguientes. • Analiza si constituye delito. En caso positivo, remite por medio de oficio a la FEM. • Ofrece asistencia psicológica y realiza la cita para el seguimiento. • Realiza evaluación de riesgo y estrategias de seguridad. • Identifica las redes de apoyo de la víctima y estrategias para reforzarlas. • Apoya en la elaboración de planes de vida y seguridad. • Identifica si requiere medios de subsistencia y remite a la SEDIS, y si necesita empleo, acceso a crédito o desarrollar competencias técnicas, deriva al MAE. • Realiza gestiones de transporte y acompañamiento a víctima/sobreviviente, en caso necesario. • Planificación del EAI para el abordaje de 	<p>Formulario de registro único de distintas formas de VCM</p> <p>Escala de valoración de riesgo en casos de violencia doméstica y/o intrafamiliar (incluida en el Protocolo de atención integral a las víctimas de violencia contra la mujer en supuestos de violencia doméstica y de violencia intrafamiliar y Guía de adecuación técnica para su aplicación, página 99.)</p> <p>Ficha de referencias internas y externas, según proceda</p>

³ El Artículo 118-A de la Reforma al Código Penal define el femicidio como “Muerte a una mujer por razones de género, con odio y desprecio por su condición de mujer, cuando concurren una o varias de las circunstancias siguientes: a) cuando el sujeto activo del delito mantenga o haya mantenido con la víctima una relación de pareja, ya sea matrimonial, de hecho, unión libre o cualquier otra relación a fin en la que medie, haya mediado o no cohabitación, incluyendo aquellas en las que se sostiene o se haya sostenido una relación sentimental; b) Cuando el delito esté precedido de actos de violencia doméstica o intrafamiliar, exista o no antecedente de denuncia; c) Cuando el delito esté precedido de una situación de violencia sexual, acoso, hostigamiento o persecución de cualquier naturaleza; d) Cuando el delito se comete con ensañamiento o cuando se hayan infligido lesiones infamantes, degradantes o mutilaciones previas o posteriores a la privación de la vida.”

		<p>casos especiales o complejos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. 	
2	FEM	<p>Si constituye delito (Intrafamiliar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informa a la víctima/sobreviviente sobre sus derechos. • Entrevista única utilizando la cámara Gesell para captar declaración de la víctima/sobreviviente y también como prueba anticipada, en los casos que sea necesario. • Informa a la PN para captura en flagrancia, considerando los procedimientos. • Refiere al MSSR para atención en salud integral. • Remite el caso a MF. • Gestiona medidas de protección a testigos. • Remisión del caso a la Fiscalía General. • Refiere al CJG-FCJ-UNAH para asesoría jurídica. <p>Si no constituye delito (Violencia Doméstica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informa a la víctima/sobreviviente sobre sus derechos. • Se remite el caso al juzgado especializado en violencia doméstica o juzgado competente. • Refiere al MSSR para atención en salud integral. • Refiere al CJG-FCJ-UNAH para asesoría jurídica. • En los casos de niñas y niños en estado de vulnerabilidad, el INAM se comunicará a la DINAF, la cual se trasladará a CM y tomará el caso para la aplicación de los procedimientos y diligencias correspondientes. • Si existe delito contra menores de edad: INAM remite el caso a la Fiscalía Especial de la Niñez (FEN). 	<p>Acta de denuncia Acta de imposición de medidas de seguridad al denunciado por actos de violencia doméstica, si procede. Acta de entrega de citación Acta de remisión de denuncia Ficha de referencia interna</p>
3	MF	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación médico legal y valoración de riesgos. • Refiere a los servicios de salud mental de la SESAL para evaluación psiquiátrica y 	Dictamen

		<p>psicología, en los casos que proceda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emisión del dictamen. • Remisión del informe preliminar, considerando que el informe final toma un tiempo no determinado. 	
4	MSSR	<ul style="list-style-type: none"> • Completa histórica clínica de la usuaria. • Evalúa si hay emergencia médica/psiquiátrica y si requiere traslado a hospital más cercano. • Tratamiento de lesiones. • Toma de exámenes de laboratorio. • Consejería sobre violencia, ITS, VIH, planificación familiar, salud materna (control pre y postnatal). • Seguimiento al tratamiento de lesiones y consejería, según proceda. 	<p>Historia clínica Ficha de referencia externa</p>
5	CJG-FCJ-UNAH	Asistencia y asesoría legal a la usuaria.	<p>Ficha de evaluación jurídica Ficha de referencia externa</p>
6	MAE	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades de intermediación laboral y/o autoempleo así como de fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales y empresariales; y de acceso al financiamiento. • Provee servicios para promover la autonomía económica a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida (INFOP), capacitación empresarial (CDE-MIPYME), nivelación académica (SEDUC), créditos a través de Banca Solidaria y BANADESA. 	<p>Formulario de usuarias MAE Ficha de referencia externa</p>
6	PN	<p>Acompañamiento a la víctima/sobreviviente y protección, si procede. Verifica el cumplimiento de las medidas de protección e informa al INAM que se han otorgado dichas medidas a las usuarias. Otras acciones pertinentes según instrucciones de la FEM o el INAM.</p>	<p>Ficha de acompañamiento a víctimas/sobrevivientes Acta de verificación de medidas</p>

Gráfico 3: Flujoograma de atención a la violencia doméstica e intrafamiliar (física)



* Protocolos nacionales y estándares internacionales.

** En los casos de niñas y niños en estado de vulnerabilidad, el INAM se comunicará a la DINAF sobre el caso. DINAF se trasladará a CM y tomará el caso para la aplicación de los procedimientos y diligencias correspondientes.

Si existe delito: INAM remite el caso a la Fiscalía Especial de la Niñez (FEN).

PN

MSSR

MSSR

CJG-UNAH

MAE

CJG-UNAH

SEDIS

MAE

CJG-UNAH

4.5 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA COMUNITARIA

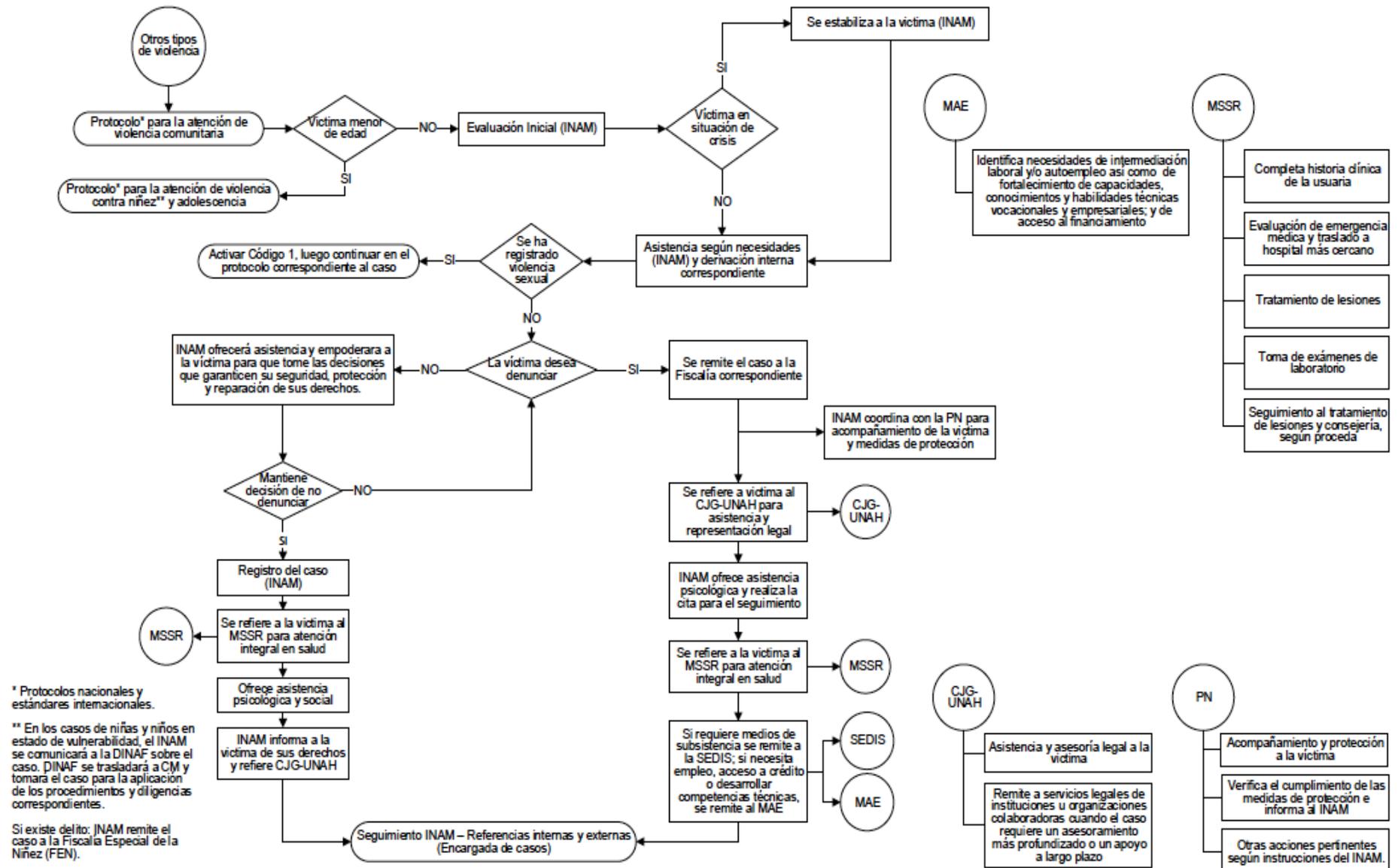
La legislación hondureña no tipifica la violencia comunitaria. El Código Procesal Penal incorpora la categoría de “Delitos comunes” (difamación, injurias, hurtos, etc.), las cuales se incluirán en las tipologías de violencia comunitaria del MVCM, además de otras pertinentes en los territorios de influencia de CM. En la ruta de atención inicial para los casos de violencia comunitaria, la víctima/sobreviviente es recibida por el INAM para realizar la evaluación, brindar asistencia según necesidades y hacer la derivación interna correspondiente. Si la usuaria no desea poner la denuncia, la psicóloga y la trabajadora social le ofrecerán asistencia y la empoderarán para que tome las decisiones que garanticen su seguridad, protección y reparación de sus derechos, incluyendo asesoramiento sobre las potenciales ventajas de la denuncia. Si la mujer desea interponer la denuncia, será dirigida a la Fiscalía correspondiente y hará la derivación al CJG-FCJ-UNAH para la asistencia y representación legal. Igualmente, el INAM la trasladará al MAE, MSSR, PN según corresponda, dará continuidad a la asistencia psicológica y social; y realizará las referencias internas y externas correspondientes. Entre las instancias clave para la referencia y contra referencia de estos casos se incluyen los Juzgados de Paz, las alcaldías y el Centro de Conciliación del CJG-FCJ-UNAH. Ver definición de violencia comunitaria contra la mujer en Anexo 12.a.

Cuadro 7: Atención inicial y subsecuente para casos de violencia comunitaria según instituciones intervinientes

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	INAM	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si requiere atención en crisis. En caso positivo, estabiliza a la usuaria antes de proceder con los pasos subsiguientes. • Ofrece asistencia psicológica y realiza la cita para el seguimiento. • Realiza evaluación de riesgo y estrategias de seguridad. • Identifica las redes de apoyo de la víctima y estrategias para reforzarlas. • Apoya en la elaboración de planes de vida y seguridad. • Identifica si requiere medios de subsistencia y remite a la SEDIS, y si necesita empleo, acceso a crédito o desarrollar competencias técnicas deriva al MAE. • Identifica necesidades de atención en salud y remite al MSSR. • Realiza gestiones de transporte y acompañamiento a víctima, en caso necesario. • Seguimiento a los casos, incluyendo las 	<p>Hoja de registro único de distintas formas de VCM</p> <p>Ficha de referencia externa Ficha de referencia interna</p>

		referencias internas y externas. *Si la mujer desea interponer la denuncia: INAM remite a la fiscalía pertinente.	
2	CJG-FCJ-UNAH	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y asesoría legal a la usuaria. • Remite a servicios legales de instituciones u organizaciones colaboradoras cuando el caso requiere un asesoramiento más profundizado o un apoyo a largo plazo. 	Ficha de evaluación jurídica Ficha de referencia externa
4	MSSR	<ul style="list-style-type: none"> • Completa histórica clínica de la usuaria. • Evalúa si hay emergencia médica/psiquiátrica y si requiere traslado a hospital más cercano. • Tratamiento de lesiones. • Toma de exámenes de laboratorio. • Seguimiento al tratamiento de lesiones y consejería, según proceda. 	Historia clínica Ficha de referencia externa
5	MAE	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades de intermediación laboral y/o autoempleo así como de fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales y empresariales; y de acceso al financiamiento. • Provee servicios para promover la autonomía económica a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida (INFOP), capacitación empresarial (CDE-MIPYME), nivelación académica (SEDUC), créditos a través de Banca Solidaria y BANADESA. 	Formulario de usuarias MAE Ficha de referencia externa
4	PN	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento a la víctima /sobreviviente y protección, si procede. • Otras acciones pertinentes según instrucciones del INAM. 	Ficha de acompañamiento a víctimas

Gráfico 4: Flujoograma de atención a la violencia comunitaria



4.6 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA LABORAL

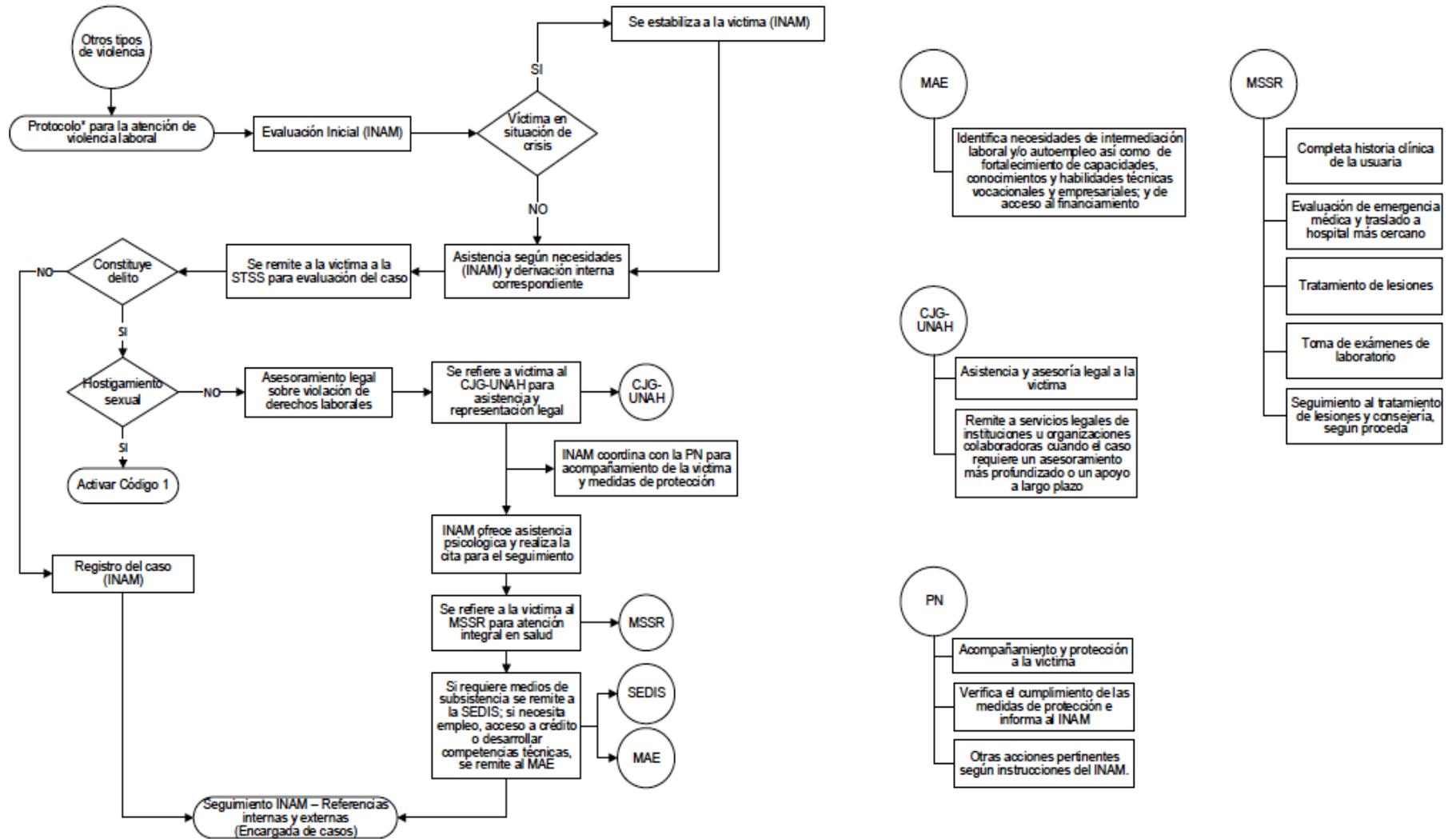
La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer prohíbe la violencia en los lugares de trabajo y algunos hechos de violencia contra las trabajadoras por razones de género como el hostigamiento sexual, son delitos tipificados en el Código Penal. En la ruta de atención inicial para los casos de violencia laboral, ya sea que la víctima/sobreviviente sea detectada en el MAE, en Orientación o mediante referencia externa, será recibida por el INAM para realizar la evaluación, brindar asistencia según necesidades y hacer la derivación interna correspondiente. Posteriormente, el INAM remitirá la usuaria a la STSS para evaluar si ha habido violación de derechos laborales y reciba la orientación sobre los pasos a seguir. INAM hará la derivación al CJG-FCJ-UNAH para la asistencia y representación legal de la víctima, la dirigirá a las instancias pertinentes del MAE (además de la STSS) y MSRR según corresponda, dará continuidad a la asistencia psicológica y social; y realizará las referencias internas y externas correspondientes. Ver definición de violencia laboral en Anexo 12.a.

Cuadro 8: Atención inicial y subsecuente para casos de violencia laboral según instituciones intervinientes

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	INAM	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa tipo de violencia laboral experimentada. • Evalúa si requiere atención en crisis. En caso positivo, estabiliza a la usuaria antes de proceder con los pasos subsiguientes. • Remite a la STSS para que ésta evalúe si hay violación de derechos laborales y oriente a la usuaria en torno a los pasos a seguir, incluyendo los aspectos relativos al Régimen de Servicio Civil. • Identifica si requiere medios de subsistencia y ofrece información y referencia a la SEDIS. • Evalúa si necesita empleo, acceso a crédito o desarrollar competencias técnicas y deriva al MAE. • Identifica necesidades de atención en salud y remite al MSSR. • Apoya a la usuaria en la elaboración de plan de vida. • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. <p>Nota: Los casos de hostigamiento sexual/violencia sexual seguirán una ruta ajustada del Código 1, incorporando acciones de la STSS para que conozca del caso.</p>	<p>Hoja de registro único de distintas formas de VCM</p> <p>Ficha de referencia externa</p> <p>Ficha de referencia interna</p>

2	STSS	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si hay violación de derechos laborales y orienta a la víctima/sobreviviente sobre los pasos a seguir. • Refiere a la oficina correspondiente del STSS para seguimiento del caso. • Refiere al CJG-FCJ-UNAH, para asesoramiento legal sobre violación de derechos laborales. 	Ficha de tamizaje de violencia laboral en el MAE – Secretaría de Trabajo y Seguridad Social. (Propuesta en anexo 12.e)
3	CJG-FCJ-UNAH	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y asesoría legal a la usuaria. • Remite a servicios legales de instituciones u organizaciones colaboradoras cuando el caso requiere un asesoramiento más profundizado o un apoyo a largo plazo. 	Ficha de evaluación jurídica Ficha de referencia externa
4	MAE	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades de intermediación laboral y/o autoempleo así como de fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales y empresariales; y de acceso al financiamiento. • Provee servicios para promover la autonomía económica a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida (INFOP), capacitación empresarial (CDE-MIPYME), nivelación académica (SEDUC), créditos a través de Banca Solidaria y BANADESA. 	Formulario de usuarias MAE Ficha de referencia externa
5	MSSR	<ul style="list-style-type: none"> • Completa histórica clínica de la usuaria. • Evalúa si hay emergencia médica/psiquiátrica y si requiere traslado a hospital más cercano. • Tratamiento de lesiones. • Toma de exámenes de laboratorio. • Seguimiento al tratamiento de lesiones y consejería, según proceda. 	Historia clínica Ficha de referencia externa

Gráfico 5: Flujograma de atención a la violencia laboral



Protocolos nacionales y estándares internacionales.

4.7 ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (CÓDIGO 3)

El MVCM ofrecerá atención inicial de los casos de violencia contra niñas y niños detectados en el Módulo de Atención Infantil (MAI) es decir de 0 a 12 años, así como mujeres adolescentes de 15- 18 años menos 1 día que sean identificadas en cualquiera de las puertas de entrada del MVCM, es decir, a través de las referencias de otras instituciones, del MSSR, MAE y MEC. La víctima será recibida por el INAM para realizar la evaluación inicial y brindar asistencia según necesidades. Esta misma instancia dará continuidad al apoyo psicológico y social y realizará las referencias internas y externas correspondientes.

Los casos que sean detectados en el MAI recibirán atención inicial (psicológica y/o de salud), si procede, y el INAM los derivará a la Fiscalía Especial de la Niñez. El MVCM remitirá el reporte del caso a la Dirección Nacional de la Niñez y la Familia (DINAF) en situaciones en las que exista una vulneración de derechos según lo establece el Código de la Niñez, incluyendo encubrimiento del delito, no respeto por parte de operadores de justicia del debido proceso, necesidades de alojamiento de niñas y niños en centros de protección a menores, entre otros. Los casos de mujeres adolescentes (15-18 años) también serán remitidos a las instancias pertinentes (FEN, DINAF) y podrán recibir otros servicios en CM de manera complementaria incluyendo los ofrecidos por el CJG-FCJ-UNAH, MAE, MSRR y la PN.

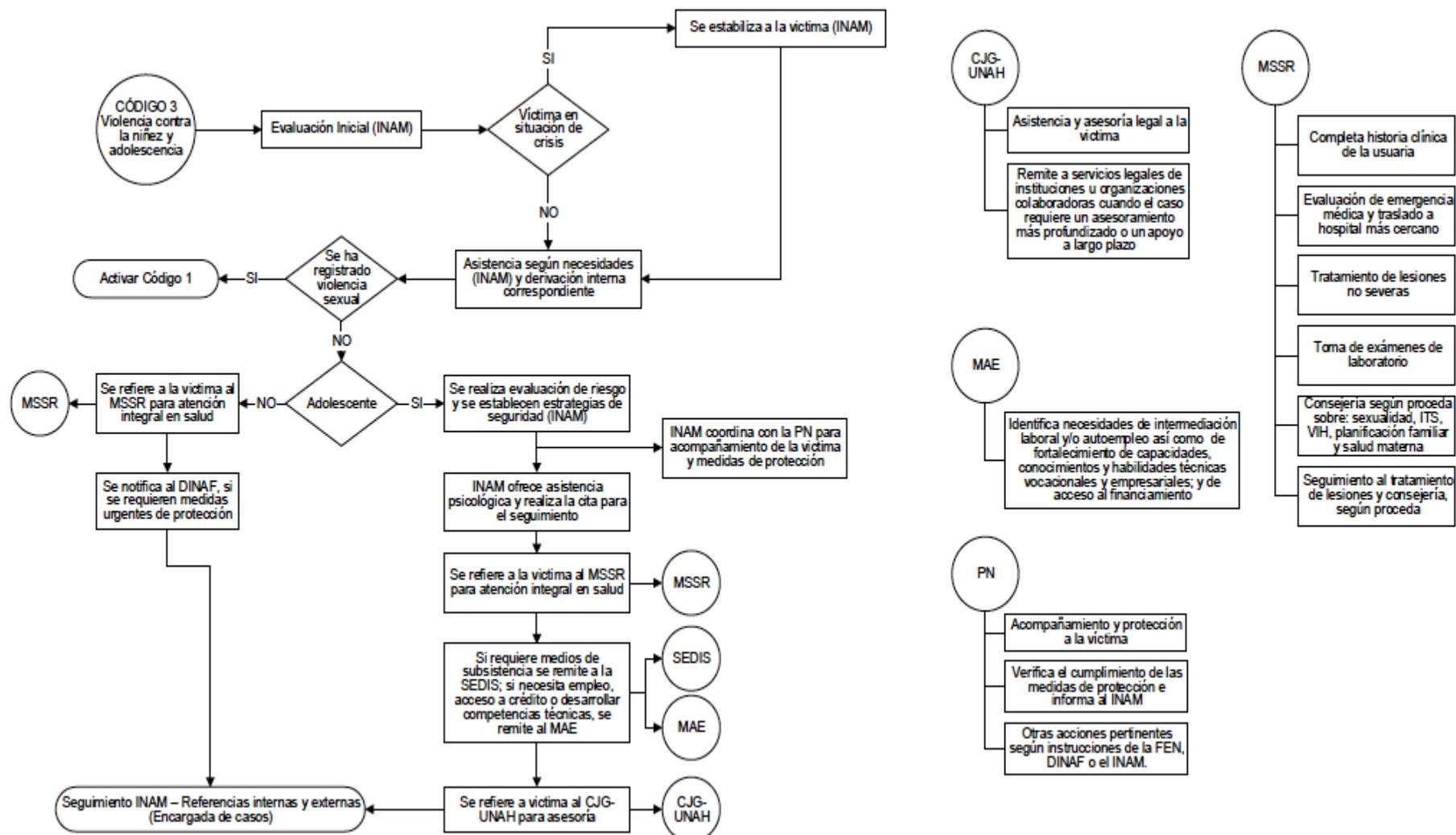
Cuadro 9: Atención inicial y subsecuente para casos de violencia contra niñas, niños de 0-12 años hijas/os de las usuarias de Ciudad Mujer y mujeres adolescentes (15-18 años) según instituciones intervinientes.

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	INAM	<p>Para casos de niñas, niños de 0-12 años hijas/os de las usuarias de Ciudad Mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si requiere atención en crisis y ofrece esta atención, si procede. • Realiza gestiones de transporte y acompañamiento a la víctima/sobreviviente, en caso necesario. • Identifica necesidades de atención en salud y remite al MSSR. • Seguimiento a las referencias internas (MSSR) y externas (Fiscalía de la Niñez, DINAF). <p>Para casos de adolescentes (15-18 años) Nota: Si es violencia sexual, se remite a FEN y DINAF según corresponda y se ofrecerían los siguientes servicios de manera complementaria y en colaboración con ambas instancias:</p>	<p>Hoja de registro único de distintas formas de VCM</p> <p>Ficha de referencia externa</p> <p>Ficha de referencia interna</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa si requiere atención en crisis y ofrece esta atención, si procede. • Realiza evaluación de riesgo y establece estrategias de seguridad. • Ofrece asistencia psicológica y realiza la cita para el seguimiento. • Identifica las redes de apoyo de la víctima/sobreviviente, incluyendo apoyo entre pares y estrategias para reforzarlas. • Apoya en la elaboración del plan de vida y seguridad. • Identifica si requiere medios de subsistencia y remite a la SEDIS, y si necesita empleo, acceso a crédito o desarrollar competencias técnicas deriva al MAE. Realiza gestiones de transporte y acompañamiento a la víctima/sobreviviente, en caso necesario. • Planifica con todas las instancias del EAI para el abordaje de casos especiales o complejos. • Seguimiento a los casos, incluyendo las referencias internas y externas. 	
4	MSSR	<ul style="list-style-type: none"> • Completa histórica clínica de la usuaria. • Evalúa si hay emergencia médica/psiquiátrica y si requiere traslado a hospital más cercano. • Tratamiento de lesiones no severas. • Toma de exámenes de laboratorio. • Consejería según proceda sobre: sexualidad, ITS, VIH, planificación familiar, salud materna (control pre y postnatal). • Seguimiento al tratamiento de lesiones y consejería, según proceda. 	Historia clínica Ficha de referencia externa
5	CJG-FCJ-UNAH	<p>Solo para adolescentes de 15-18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y asesoría legal a la usuaria. • Remite a servicios legales de instituciones u organizaciones colaboradoras cuando el caso requiere un asesoramiento más profundizado o un apoyo a largo plazo. 	Ficha de evaluación jurídica Ficha de referencia externa
6	MAE	<p>Solo para adolescentes de 15-18 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica necesidades de intermediación 	Formulario de usuarias MAE

		<p>laboral y/o autoempleo así como de fortalecimiento de capacidades, conocimientos y habilidades técnicas vocacionales y empresariales; y de acceso al financiamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provee servicios para promover la autonomía económica a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida (INFOP), capacitación empresarial (CDE-MIPYME), nivelación académica (SEDUC), créditos a través de Banca Solidaria y BANADESA. 	Ficha de referencia externa
7	PN	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento a la víctima/sobreviviente y protección, si procede. • Otras acciones pertinentes según instrucciones de la FEN, DINAF o el INAM. 	Ficha de acompañamiento a víctimas/sobrevivientes

Gráfico 6: Flujo de atención a la violencia contra niñez y adolescencia



En el caso de la atención en el MVCM a las migrantes retornadas, se seguirán los procedimientos establecidos para mujeres de población general, incluyendo las adolescentes de 15-18 años. El sistema de referencia y contra referencia incluirá los servicios para migrantes retornados, establecidos por ley y ejecutados por Relaciones Exteriores, incluyendo el Fondo de Solidaridad con el Hondureño Migrante (FOSHOMI), acompañamiento legal en general, ayuda a familiares de migrantes, acompañamiento legal a niñas, niños y adolescentes de edad, remesas solidarias, entre otros.⁴³

5. SISTEMA DE REFERENCIA

Dada la multiplicidad de instancias vinculadas a la respuesta nacional a la VCM, las mujeres afectadas tienen dificultades para navegar en el sistema de atención así como en sus distintos procesos y requerimientos. Esta situación aunada a otros factores, genera que muchas mujeres decidan no buscar los servicios que necesitan o los abandonen en fases clave del proceso de atención, lo que a su vez trae como consecuencia que la atención a la VCM se vuelva costosa para las mujeres afectadas, las familias y los sectores intervinientes y, al mismo tiempo, altamente ineficiente.

Mejorar la referencia y contra referencia de los casos permite cerrar las brechas en la continuidad de la atención, en la capacidad resolutoria de los servicios integrados, reduciendo de esta forma, costos financieros y de tiempo para las usuarias así como la duplicación de procesos. Un sistema de referencia funcional puede potencialmente aumentar el uso por parte de las víctimas de los recursos de apoyo existentes, la obtención de resultados medibles y la promoción integral de los derechos.

La efectividad del sistema de referencia depende de la estrecha relación entre todos los niveles de CM, asegurando que la usuaria reciba la mayor cantidad de servicios necesarios dentro de CM y que la instancia a la que se hace la referencia externa esté lo más cercana a su lugar de residencia – 5 kilómetros o máximo 60 minutos de traslado^{44,45} y/o se disponga de transporte para su traslado desde CM. La calidad de los servicios integrales e integrados de VCM está relacionada con la acción coordinada en el EAI y un eficiente sistema de referencia interna; ya que cada servicio de CM es en sí mismo una “puerta de entrada” a la atención a la VCM.

5.1 ORIENTACIONES GENERALES

Normas del sistema de referencia. El CM contará con normas comunes para la referencia interna y externa que incluirán los roles, responsabilidades y

limitaciones de cada instancia participante, las fichas de referencia y contra referencia, los mecanismos de comunicación directa con las instancias que realizan la referencia y las que reciben la usuaria referida, así como el sistema de monitoreo de las referencias y los servicios provistos. Se utilizarán las fichas estandarizadas para todas las referencias que se realicen desde el MVCM. Todas las instancias participantes en el sistema deberán firmar un memorándum de entendimiento describiendo las responsabilidades institucionales respecto a la atención de los casos derivados desde CM y el criterio de prioridad que se aplicará a estos casos. Las redes de referencia serán de carácter local, aunque pueden incluir instancias del nivel regional y/o nacional dependiendo de la disponibilidad de determinados servicios en los territorios de influencia.

Criterios de ingreso. El MVCM atenderá a todas las mujeres que requieran servicios independientemente de su afiliación institucional en la seguridad social u otro mecanismo que prescriba el uso de determinados servicios, por ejemplo, los servicios de salud.

Criterios para la referencia:

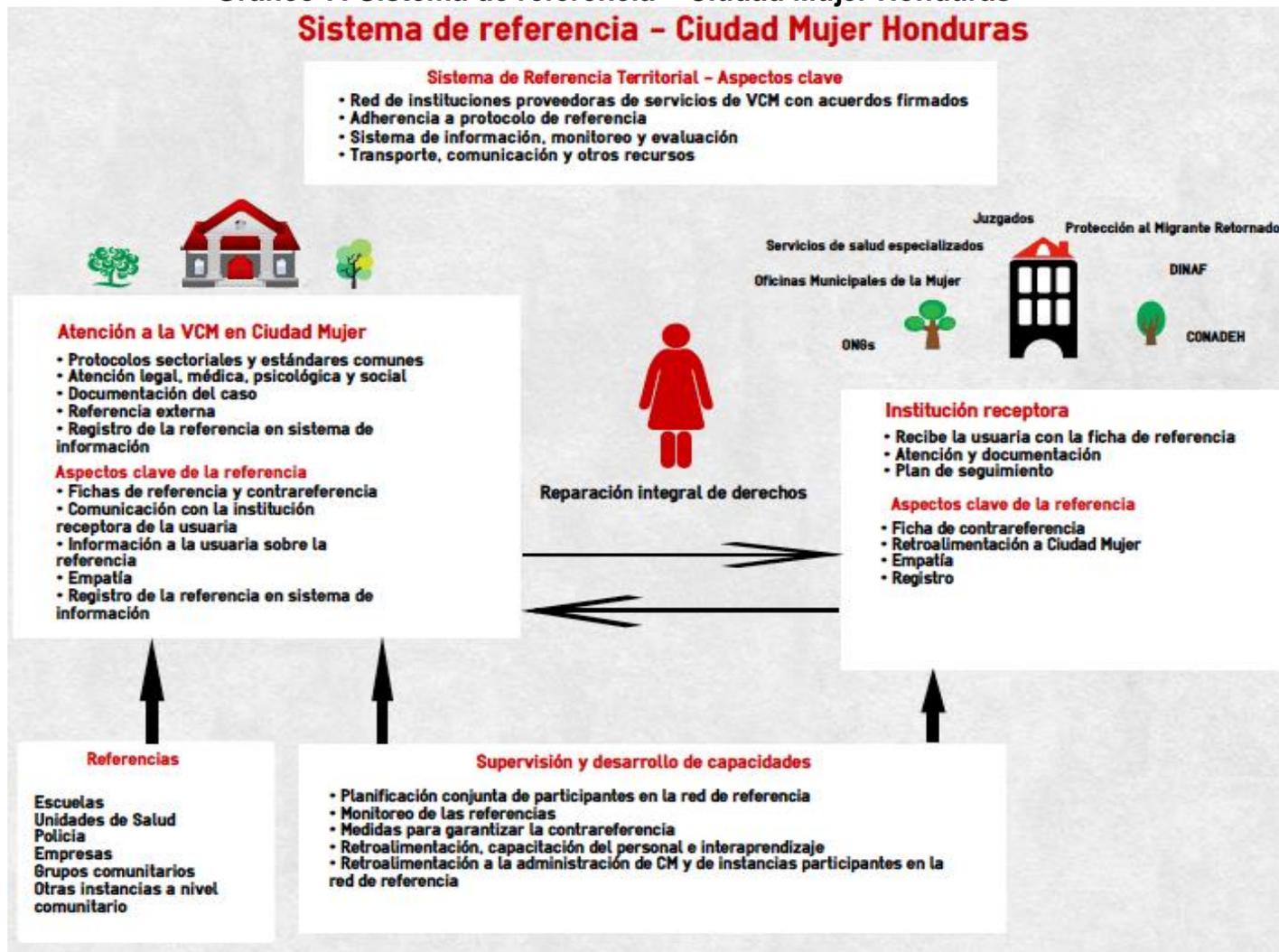
- Toda usuaria que requiera servicios especializados o específicos según sus necesidades que no son provistos por el MVCM o CM.
- Emergencia médica y/o riesgo de vida para la mujer y/o sus hijas/os.
- Consentimiento por parte la usuaria.

Información para la usuaria. La usuaria recibirá información sobre: i) Las razones e importancia de la referencia así como los riesgos de no asistir a la instancia a la que ha sido referida, ii) Cómo llegar a la instancia a la que ha sido referida- en caso de referencia externa, localización y transporte disponible, iii) Tipo de atención/ servicios que recibirá en dicha instancia; y iv) Proceso de seguimiento cuando regrese al MVCM.

Desarrollo de capacidades de proveedoras/es. El personal de CM y las instancias participantes en el sistema de referencia recibirán capacitación continua para implementar la referencia según las normas de CM, intercambiar de experiencias e información; así como para la retroalimentación periódica sobre el funcionamiento del sistema de referencia.

Seguimiento a las referencias. Será realizado por las proveedoras de los servicios según área de intervención y la Encargada de casos dará seguimiento general a través del sistema de información, el contacto continuo con las instancias que forman parte del sistema de referencia; y comunicación telefónica o por otras vías con las víctimas. Se realizarán visitas domiciliarias en los casos que así lo ameriten.

Gráfico 7: Sistema de referencia – Ciudad Mujer Honduras



5.2 SISTEMA DE REFERENCIA INTERNA

Además de las intervenciones del MVCM, el resto de los módulos llevará acciones de identificación, registro e intervenciones específicas en torno a la VCM. Todos los RRHH de los módulos serán capacitados en atención integral e integrada a la VCM y en intervenciones especializadas según sus competencias institucionales. Habrá un sistema de información integrado con un código único de identificación de la usuaria, que incluirá datos generales, intervenciones/ servicios ofrecidos a la usuaria, factores de riesgo y seguimiento a las referencias internas y externas. Los protocolos institucionales estarán alineados para garantizar que determinadas intervenciones no generen o aumenten la VCM, y que las usuarias tengan acceso a información para prevenirla, cambien actitudes y creencias sobre el tema; y

apoyar su proceso de empoderamiento para buscar ayuda y utilizar los recursos existentes. Se unificarán los instrumentos de registro de información para clasificar las distintas formas de VCM, incluyendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10) en códigos de violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia sexual.

Las proveedoras de servicios de todos los módulos se apegarán estrictamente al código de ética de CM y los principios de los códigos de ética de sus respectivas profesiones. En los casos de violación a los principios de cualquiera de estos códigos, se impondrán las sanciones establecidos en los mismos entre las que podrían incluir amonestación, censura, suspensión u otros, según el caso.

Se realizará tamizaje (identificación) de VCM en los módulos de SSR, AE y AI. En el MSSR se utilizarán la ficha Tamizaje de violencia doméstica e intrafamiliar establecida por la SESAL y una ficha complementaria con 3 preguntas de tamizaje de violencia sexual por cualquier persona aparte de la pareja alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses elaborada por CM Honduras (Anexo 12.d). En el MAE se utilizará la ficha de tamizaje sobre violencia laboral en trabajos anteriores y el actual (Anexo 12.e) de forma complementaria a las fichas de registro servicios de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, y en el MAI se elaborará una ficha de registro de indicadores de riesgo de violencia física, sexual y/o psicológica. Las estrategias de tamizaje en los distintos servicios de CM ha tomado en consideración la evidencia disponible a nivel mundial ⁴⁶ así como las recomendaciones de organizaciones internacionales tales como la OIT⁴⁷ sobre violencia laboral y la OMS en torno a la identificación en los servicios de salud de los casos de violencia ejercida por la pareja.⁴⁸ Para cada tipología se han establecido estrategias diferenciadas de identificación según tipo de servicios de CM, considerando las posibilidades no solo de aumentar la identificación sino también, el acceso de las víctimas/sobrevivientes a distintos servicios de atención y prevención. Esto permitirá reducir las oportunidades perdidas a través del manejo de casos (INAM) y asegurar que una importante proporción de las usuarias acudan a los servicios a los que son referidas en CM e instituciones externas.⁴⁹ Dado que el sistema de información de CM permitirá dar seguimiento a los casos, se generará información sobre los cambios y procesos generados por las estrategias de identificación en los distintos servicios, no solo en la recurrencia de la violencia pero también sobre el nivel de acceso a servicios de SSR necesarios, de empoderamiento económico, apoyo psicológico, etc., y sus correspondientes resultados en el nivel de bienestar de las mujeres y ejercicio de sus derechos.

Cuadro 10: Intersecciones del MVCM con los otros módulos de CM

<p>Módulo de Salud Sexual y Reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje de casos de violencia doméstica e intrafamiliar y violencia sexual aparte de la pareja. • Ofrecer atención de salud integral. • Realizar historia clínica y examen físico, diagnóstico y tratamiento. • Referir al MVCM para la atención psicológica especializada. • Tratamiento de lesiones. • Toma de exámenes de laboratorio previa consejería (Prueba de embarazo, VIH, y otras ITS). • Prevención de ITS, en caso de violencia sexual. • Prevención de embarazo en casos de violencia sexual. • Inmunización contra Hepatitis B y Tétano. • Referencia para la profilaxis de VIH, en caso de VS, (en las primeras 72 horas y de preferencia en las primeras 4 horas). • Consejería sobre Violencia, ITS, VIH, planificación familiar, salud materna (control pre y postnatal). • Seguimiento de usuarias: 2 semanas; 1, 3 y 6 meses según el caso.
<p>Módulo de Atención Infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de casos o indicadores de riesgo de violencia contra niñas y niños. • Registro de casos. • Notificación de los casos al MVCM • Información para las madres sobre VCM, violencia contra niñas y niños, efectos de violencia en la niñez. • Actividades y materiales educativos con niñas y niños con énfasis en factores protectores.
<p>Módulo de Autonomía Económica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje de VCM en servicios seleccionados (STSS). • Orientación e intermediación laboral con medidas de prevención de la VCM. • Servicios de desarrollo empresarial y microcrédito acompañados de empoderamiento de la mujeres, abordaje de normas de género y prevención de la VCM. • Servicios para promover la autonomía económica de las víctimas/sobrevivientes de VCM a través de distintas organizaciones: Bolsa de Empleo (STSS), capacitación vocacional y habilidades para la vida (INFOP), capacitación empresarial (CDE-MIPYME), nivelación académica (SEDUC), créditos a través de Banca Solidaria y

	<p>BANADESA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención a casos de violencia laboral en coordinación con MVCM-CJG/UNAH.
Módulo de Educación Colectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgación de la oferta de servicios de atención a la VCM en CM en los territorios y promover la referencia desde instancias clave (centros educativos, grupos comunitarios, empresas, otros) • Elaboración y divulgación de materiales educativos sobre VCM. • Desarrollo de estrategias de prevención primaria de la VCM a nivel territorial con base en mejores prácticas a nivel mundial, incluyendo la promoción de los derechos de las mujeres.

5.3. REFERENCIA EXTERNA

La referencia externa incluye una amplia variedad de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que serán identificadas en los territorios de influencia de los CM. Para el diseño de referencia y contra referencia se utilizará el “Mapeo de Recursos e Identificación de Factores Críticos de Éxito Tegucigalpa y San Pedro Sula” elaborado por Eurosocial (2015).⁵⁰ Para los acuerdos de colaboración con las distintas organizaciones se considerarán las hojas de ruta institucionales elaboradas por EuroSocial en el 2015 de INAM-SEDIS, SESAL, Poder Judicial y la Secretaría de Seguridad. En el siguiente cuadro se describen los servicios de las instancias identificadas preliminarmente a ser incorporadas en el sistema de referencia externa.

Cuadro 11: Referencia externa – Servicios de instituciones clave

INSTITUCIONES	SERVICIOS PRESTADOS EN COORDINACIÓN CON MVCM
Poder Judicial	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de la denuncia y según proceda, dictar Auto de admisión. • Mantener, modificar o ampliar las medidas de protección emitidas por el Ministerio Público de CM. • Enviar a un “Receptor” para notificar las medidas de seguridad y citar al imputado para la celebración de la audiencia. • Informar a la víctima sobre los trámites que seguirá el procedimiento, tras la interposición de la denuncia y de

	<p>la solicitud de las medidas de protección que puede solicitar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Celebración de audiencias entre la víctima y el denunciado. • Vigilancia y control de la ejecución de los mecanismos de protección, medidas de seguridad, medidas precautorias y medidas cautelares, prorroga de medidas y sanciones impuestas por los Juzgados. • Seguimiento de la sentencia. • Defensoría pública para defender a las víctimas/sobrevivientes.
Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH)	<p>Conocer a petición de parte, los casos de violencia que perjudiquen la integridad moral, psíquica y física de los cónyuges, descendientes y demás miembros de la familia y evidencien infracción a la norma penal, denunciándolos ante la autoridad competente.</p>
Gobiernos locales o municipales autónomos - Oficinas Municipales de la Mujer (OMM)	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar servicios de albergues temporales o casa refugio de protección a las víctimas/sobrevivientes y su grupo familiar, • Emitir las constancias de cumplimiento de las medidas de seguridad o precautorias impuestas a los denunciados por los juzgados competentes. • Remitir los informes mensuales y dictamen individual que soliciten los juzgados competentes sobre el cumplimiento de medidas de seguridad y precautorias impuestas a los denunciados. • Brindar apoyos de orientación a las víctimas /sobrevivientes y de reeducación a los denunciados. • Coordinar sus actividades con los Juzgados de Violencia Doméstica, Juzgados de ejecución, Policía Nacional Preventiva, Ministerio Público, DIP.
Casas refugio	<p>Brindar seguridad, protección y atención especializada e interdisciplinaria a mujeres con sus hijas e hijos que viven en situación de riesgo por violencia familiar, de género, sexual, trata u otras formas de VCM.</p>
	Capacidad instalada

	Refugio	
	CAIM Choluteca	10 mujeres + hijas/os
	Casa Hogar Santa Rosa	44 mujeres + hijas/os
	Casa de la Mujer Ixchel	25 mujeres + hijas/os
	Casa Nova Tegucigalpa	30 mujeres + hijas/os
ONGs	Instituciones no gubernamentales con oficinas en los territorios de influencia y a nivel nacional que ofrecen servicios de atención, prevención y protección contra la violencia.	
Poblaciones específicas	Organizaciones que ofrecen servicios especializados para poblaciones específicas, incluyendo afrodescendientes, indígenas, migrantes retornadas, jóvenes, campesinas, trabajadoras (maquilas, microempresas), mujeres que viven con VIH, LGTBI; y otras pertinentes según perfil de población territorial.	

En anexo se incluyen los siguientes instrumentos del sistema de referencia: i) Componentes clave de las fichas de referencia externa y contra referencia (Anexo 12.g), ii) Ficha de referencia interna (Anexo 12.h); y iii) Registro para el control de las referencias (Anexo 12.i).

6. PERSONAL QUE INTEGRAS EL MVCM

6.1 NOMBRES Y FUNCIONES DE LOS PUESTOS.

El personal del MVCM incluye un total de 16 mujeres profesionales de las áreas de Derecho, Medicina Forense, Psicología, Trabajo Social, Seguridad e Investigación Policial. Las funciones de los RRHH se detallan a continuación (Cuadro 12).

Cuadro 12: Nombres, función de los puestos y cantidad de recursos humanos

NOMBRE	NO. RRHH	FUNCIÓN DEL PUESTO
Coordinadora (Abogada) – INAM	1	i) Coordinar el trabajo del EAI, ii) Supervisar la aplicación de los estándares de atención, iii) Supervisar el sistema de referencia en su conjunto, iv) Procurar resolver cualquier situación excepcional que se presente en la ruta de atención y protección de la usuaria, v) Elaborar informes estadísticos mensuales, vi) Planificación, M&E y manejo de los RRHH del MVCM, viii) Coordinar los programas de autocuidado, capacitación continua de recursos humanos, ix) Coordinar estrategias conjuntas con otros módulos y las del sistema de referencia en su conjunto, x) Dar seguimiento a los mecanismos de participación de las usuarias.
Encargada de casos – Trabajadora Social - INAM	1	i) Evaluar las necesidades inmediatas de las víctimas/sobrevivientes y abordarlas inmediatamente, ii) Manejar llamadas de casos en situación de crisis y completar la documentación una vez ingresen al MVCM, iii) Referir y dar seguimiento a las referencias internas y externas y mantener los records que documenten los servicios ofrecidos a las usuarias, iv) Educar a las víctimas sobre la VCM, efectos, riesgos y recursos disponibles, v) Trabajar con las usuarias para mantener sus planes de seguridad y de vida relevantes, ajustándolos según el caso, vi) Reunirse regularmente con las usuarias para apoyar el logro en su plan de vida y de seguridad, v) Orientar a las

		victimas sobre las reglas del MVCM, potenciales usos de los servicios de MSSR y MAE y facilitar el acceso a los mismos, vi) Asegurar que las instituciones participantes en el sistema de referencia cumplen con las normas, vii) Identificar necesidades de atención en salud (física, psicológica, psiquiátrica) y remite al MSSR y/o hospital de 2do y 3er nivel, viii) Realizar gestiones de transporte y acompañamiento a víctima, en caso necesario, ix) Seguimiento a las referencias internas y externas, x) Planificación del EAI para el abordaje de casos especiales o complejos; xi) Elaborar informes estadísticos mensuales.
Psicólogas – INAM	2	i) Cumplir con la aplicación de los procesos de atención establecidos en lo referente a la atención psicológica individual en los protocolos pertinentes, ii) Realizar la intervención en crisis, iii) Promover y facilitar grupos de apoyo, iv) Dar seguimiento a las citas subsecuentes, v) Referir la usuaria a servicios según necesidades, vi) Realizar evaluación de riesgo y estrategias de seguridad; vii) Identificar las redes de apoyo de la víctima y estrategias para reforzarlas, viii) Elaborar informes estadísticos mensuales.
Fiscalas – Fiscalía de la Mujer (Ministerio Público)	2	i) Aplicar los procesos de atención establecidos para la prestación del servicio por la Fiscalía de la Mujer, ii) Proporcionar asesoría y asistencia legal a las mujeres que solicitan los servicios, iii) Dirigir la investigación del delito de cualquier tipo de violencia en cualquiera de las modalidades que se haya ejecutado, iv) Entrevistar a la sobreviviente respecto al delito que ha enfrentado, gestionando el proceso para la realización de la de entrevista única (Cámara Gesell), v) Ordenar la detención en flagrancia del agresor y medidas de protección a la víctima/sobreviviente, según proceda, vi) Promover la acción penal, cuando proceda; vii) Elaborar informes estadísticos mensuales.

Médica Forense – Ministerio Público	1	i) Actividades pre-clínica (talla, peso, asignación de número de dictamen y consignación en el libro de registro), ii) Evaluación de la víctima/Examen y recolección de evidencia, iii) Entrega de manuscrito del dictamen para revisión y posterior transcripción, iv) Revisión del dictamen, v) Envío del dictamen a la autoridad competente una vez revisado y firmado por la Jefatura de Clínicas Forenses ⁵¹ ; vi) Comparecencia en el tribunal según proceda; vii) Elaborar informes estadísticos mensuales.
Procuradoras (CJG-FCJ-UNAH)	5 ⁴	i) Brindar asesoría legal, según necesidad, ii) Apertura expediente en proceso de mediación. Si en la pretensión de la usuaria se advierte que su caso es de los que pueden ser mediables (naturaleza patrimonial y de convivencia), según los procedimientos de mediación para la prestación de servicios del CJG-FCJ-UNAH, se orientará en los requisitos para la apertura del proceso de mediación siguiéndose el trámite indicado en dichos procedimientos, iii) Apertura de expediente en caso de servicio notarial, iv) Coordinar citas con MP, Juzgados, según el caso, v) Acompañamiento de las víctimas/sobrevivientes en los distintos procesos legales, vi) Elaborar informes estadísticos mensuales.
Agentes policiales (2) e investigadoras – Policía (2) Nacional/Secretaría de Seguridad	4	i) Protección de las víctimas/sobrevivientes, realizar una evaluación coordinada de riesgos del lugar del delito, ii) Apoyar a la FEM en la investigación de los hechos y las primeras diligencias, iii) Garantizar el transporte de la usuaria, si lo necesita o lo solicita; iv) Otras acciones pertinentes según instrucciones de la FEM o el INAM; v) Elaborar informes estadísticos mensuales. En cuanto a distribución del personal, se contará

⁴ Se trata de una directora tiempo completo y 4 pasantes a tiempo parcial.

		<p>con agentes para la seguridad disponibles 24 horas en CM, con turnos de 6 horas según lo establecido por ley (durante el día jornadas de 8 horas y en las noches relevo cada 6 horas). El MVCAM dispondrá de 2 investigadoras y 2 mujeres agentes. Los arreglos relativos a los turnos de agentes para la seguridad de CM serán especificados en los acuerdos interinstitucionales que se firmarán con las instancias participantes, en este caso, con la Secretaría de Seguridad.</p>
--	--	---

6.2 RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA EL PERSONAL DEL MVCAM Y LOS OTROS MÓDULOS QUE INTERVIENEN EN LOS CASOS DE VCM⁵²

Debido al tipo de asistencia que presta el personal de CM a la víctima/sobreviviente, el agresor/a puede identificar a las proveedoras como una amenaza o sus enemigas. Por ese motivo, se debe respetar el plan de seguridad de CM y se les recomienda considerar las siguientes medidas:

- Estar pendientes de que al salir de CM u otro lugar de trabajo, nadie les siga.
- Evitar contacto con el agresor, no aceptar reunirse con él/ella.
- Tener en cuenta lo contenido en el plan de seguridad que se da a las usuarias.
- Indagar si el agresor ha violado medidas de seguridad como mantenerse alejado de la víctima/sobreviviente o seguirla a los lugares a los que ella se moviliza.

Los centros de CM dispondrán de un plan de respuesta a situaciones de emergencia, incluyendo procedimientos para protección policial e instrucciones para las empleadas sobre qué hacer y a quien contactar en situaciones de amenaza para cualquier recurso humano del centro en cuestión y/o las profesionales asignadas al MVCAM, así como para la usuaria.

Se establecerán medidas de seguridad específicas para los casos de VCM ejercidos por o vinculados al crimen organizado (pandillas, narcotráfico, redes de trata de personas u otros).

7. EQUIPAMIENTO E INSUMOS PARA EL FUNCIONAMIENTO

La provisión de los insumos médicos de atención a las víctimas de las distintas formas de VCM requeridos por el MSSR será responsabilidad de la SESAL, mientras que el Ministerio Público estará a cargo de gestión del suministro de los de Medicina Forense. A continuación se presenta una lista adaptada de medicamentos e insumos recomendados por la OMS para la atención a las víctimas de violencia sexual.⁵³

Cuadro 13: Lista adaptada de medicamentos e insumos recomendados por la OMS para la atención a las víctimas de violencia sexual

PARA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	OTROS MEDICAMENTOS Y EQUIPOS GENERALES
Estrogen Fertilan, Eugynon, Femenal 4 4, Levonorgestrel Levonelle, Microgynon 30, Microval, Neogynon, Noral, Nordette, Nordiol, Norgeston, NorLevo, Ovidon, Ovral, Ovrán Tetragynon, Ovrette, Plan B, Postinor-2, Preven, Vikela.	Azithromycin, Benzathine penicilina, Cefixima, Ceftriaxona, Ciprofloxacina, Doxycyclina, Metronidazol, Tetracyclina	Analgésicos, Algodón, Equipos esterilizados (espéculo), Gasas, Guantes, Jeringas y agujas estériles, Lubricante vaginal estéril, Pruebas de embarazo, Solución salina, Vacunas contra Tétano y Hepatitis B.

Los insumos para la anticoncepción de emergencia son congruentes con los estándares internacionales sobre la violencia y respuesta del sector salud establecidos en documentos de la OMS, entre los que se incluyen: i) Fortaleciendo la respuesta médico legal a la violencia sexual (2015)⁵⁴, ii) Guías y recomendaciones de políticas de la OMS para la atención a víctimas sobrevivientes de violencia por la pareja y violencia sexual (2013)⁵⁵; y iii) Guías para la atención médico legal de las víctimas de violencia sexual de la OMS (2003)⁵⁶. Cabe destacar que la provisión y el uso de la anticoncepción de emergencia en Honduras es ilegal en todas las circunstancias.

Se requieren equipos e insumos para las oficinas de las instancias participantes en el módulo, además el salón multiusos, la administración, la sala de contención emocional y la sala de la cámara Gesell. En el anexo 12.j se presenta un listado del equipo informático y mobiliario necesario para la puesta en marcha del MVCM.

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación del MVCM servirá para medir el resultado esperado y sus correspondientes indicadores y productos.⁵⁷

Cuadro 14: Resultados e indicadores del MVCM

NIVEL	INDICADORES
Impacto	Mujeres de 15 años o más alguna vez casadas o acompañadas que experimentaron violencia física y/o sexual por la pareja en los últimos 12 meses en Honduras.
Resultado esperado Reducir la prevalencia de violencia contra las mujeres (física, sexual y/o económica ejercida por la pareja) de 15 años o más de edad en los territorios de intervención.	Mujeres de 15 años o más alguna vez casadas o acompañadas que experimentaron violencia física y/o sexual por la pareja en los últimos 12 meses en los territorios de intervención.
Indicadores de resultados intermedios	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de denuncias de violación sexual en los últimos 12 meses • Mujeres 15 años o más que presentan actitudes “tradicionales de género” al estar de acuerdo con que otras personas no deben intervenir si el hombre maltrata a su compañera o esposa. • Mujeres de 15 años o más alguna vez casadas o acompañadas que experimentaron violencia física o sexual en los últimos 12 meses que no le contaron a nadie o no buscaron asistencia para la situación de violencia por no considerarlo necesario. • Mujeres de 15 años o más alguna vez casadas o acompañadas que experimentaron violencia física o sexual en los últimos 12 meses que no le contaron a nadie o no buscaron asistencia para la situación de

	<p>violencia por temor a amenazas, consecuencias y más violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casos de VCM que lograron una sentencia sobre el total de demandas por VCM presentadas en los juzgados competentes. • Porcentaje de usuarias que completaron sus planes de seguridad y plan de vida.
<p>Productos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres atendidas en el módulo de atención a la VCM por primera vez. • Mujeres atendidas al módulo de atención a la VCM subsecuentes. • Mujeres adultas que completaron procesos educativos para la prevención de la violencia de género y en torno a la promoción de sus derechos. • Mujeres que enfrentan violencia que reciben dos o más servicios del Módulo de atención a la violencia contra las mujeres. • Mujeres (adultas y adolescentes) que enfrentan violencia que recibieron dos o más servicios en los MSSR, MAE y/o MEC. • Niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia identificados en el MAI que recibieron al menos dos servicios de atención en las instancias que forman parte de la referencia externa. • Sistema territorial de referencia con normas y acuerdos interinstitucionales aprobados, personal capacitado y mecanismo de M&E. • Referencias y contra referencias expedidas y ejecutadas. • Mecanismos de participación de usuarias funcionando y con reportes disponibles. • Porcentaje de usuarias que completaron sus planes de seguridad y plan de vida. • Personal de CM y el MVCM capacitado (por lo menos 60 horas) en atención integral a la VCM, buenas prácticas en el abordaje de la VCM. • Nivel de satisfacción de las usuarias con los servicios de VCM en CM.

9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES

Los riesgos identificados se relacionan con aspectos de la coordinación interinstitucional tales como la sostenibilidad de las intervenciones, las garantías de continuidad de la atención, los procesos alineación y ajustes de los estándares sectoriales, las potenciales resistencias al desarrollo de un sistema de información único; y algunas políticas de recursos humanos. Otros riesgos se vinculan con los procesos que requieren ser llevados para asegurar una atención integral programática y de gestión de servicios, incluyendo las competencias técnicas para la atención integral e integrada. Igualmente, son consideradas otras contingencias relacionadas con factores contextuales como las implicaciones programáticas para el MVCM y la gerencia de CM de la presencia del crimen organizado en los territorios de influencia, la desconfianza de la población en general y en particular de las mujeres, en las instancias receptoras de casos de VCM.

Cuadro 15: Riesgos y recomendaciones

RIESGOS	RECOMENDACIONES
<p>Nivel de compromiso de las instancias para poner a la disposición de CM los recursos financieros, humanos y técnicos en el largo plazo que aseguren la continuidad de la atención y la sostenibilidad del MVCM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Firmar acuerdos interinstitucionales con las instituciones participantes en el MVCM y en las redes territoriales de referencia. • Incorporar los servicios de CM en torno a la VCM en normas y políticas actualmente en proceso de diseño: Reforma de Salud, Ley Integral de VCM, Protocolo de violencia sexual, Política de salud sexual y reproductiva (2017); y Normas de atención a adolescentes (2016). • Documentar y diseminar los beneficios para las instituciones participantes en el MVCM por ejemplo, aumento en la cobertura de servicios, desarrollo de capacidades del personal, fortalecimiento institucional, etc.
<p>Resistencias a desarrollar y aplicar estándares comunes multisectoriales de atención a la VCM en el marco del trabajo de CM.</p>	<p>Desarrollar estándares con base en los protocolos y normativas existentes así como estándares internacionales sobre VCM que coloquen a CM en la ruta principal de atención en los territorios donde haya centros.</p>

<p>Resistencias por parte de las instituciones participantes en el MVCM para poner en marcha un sistema de información único.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un sistema de información con interface con los sistemas institucionales de registro para evitar duplicación de la documentación de los casos por parte de las proveedoras de servicios. • Establecer un conjunto mínimo de indicadores comunes que garantice la confidencialidad de la información registrada por las distintas organizaciones.
<p>Limitaciones para alinear el quehacer de los otros módulos con el MVCM.</p>	<p>Planificación conjunta anual y seguimiento trimestral entre las coordinadoras de los diferentes módulos, incluyendo actividades inter-modulares con presupuesto asignado.</p>
<p>Baja demanda de servicios debido al limitado nivel de confianza en las instancias que reciben demandas de VCM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una estrategia sistemática de divulgación de los servicios, mostrando el valor agregado del MVCM, usando casos exitosos para evidenciar su capacidad resolutive. • Incorporar CM en los sistemas de referencia de otras instituciones en los territorios.
<p>Limitadas competencias técnicas del personal para ofrecer atención integral e integrada a la VCM y riesgo de <i>burnout</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un plan de desarrollo de competencias que incluya, cursos, seminarios virtuales para intercambio de experiencias y con expertas/os, lista de envíos (Grupo Google) con información actualizada de eventos, nuevas publicaciones, comunidades de prácticas temporales sobre temas específicos, etc. • Programa de autocuidado y seguridad de las proveedoras incluido en la planificación anual y con presupuesto asignado.
<p>Alta rotación de personal en algunas instancias y disponibilidad limitada de algunas profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Firmar acuerdos institucionales para garantizar la permanencia en el puesto de los RRHH asignados al MVCM. • Asegurar la aplicación de políticas de personal que

<p>(médicas forenses, psicólogas y trabajadoras sociales especializadas en VCM).</p>	<p>consideren la evaluación del desempeño.</p>
<p>Descoordinación en la atención dentro del MVCM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los casos y las referencias por parte de La Encargada de casos y supervisión por la Coordinadora del MVCM. • Reuniones periódicas de las funcionarias del módulo. • Revisión continua y actualización del protocolo del MVCM.
<p>No identificación de usuarias que sufren VCM en el área de orientación y los otros módulos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación de las funcionarias sobre indicadores de riesgo, estrategias de identificación de casos • Instrumentos estandarizados para la entrevista realizada por las orientadoras • Tamizaje de violencia doméstica e intrafamiliar y violencia sexual en el MSSR y de violencia laboral en la STSS (MAE). • Identificación en el MAI de potenciales indicadores de riesgo de violencia contra niñas y niños, hijas/os de las usuarias de los servicios de CM. • Estrategias de articulación entre los módulos para la identificación y derivación interna y externa.
<p>Atención de mujeres pertenecientes a pandillas rivales que asisten a un CCM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de medidas de atención, protección y referencia externa considerando riesgos y vulnerabilidades de estas usuarias. • Trabajo territorial que permita conocer la zonificación de la presencia de pandillas en cada comunidad, evitando hacer convocatorias masivas a capacitaciones en los mismos días, entre otras medidas.

10. ANEXOS

10.A MARCO CONCEPTUAL – CONCEPTOS CLAVE

Violencia contra la mujer. Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;
- b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y
- c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.⁵⁸

Violencia Física. Toda acción u omisión que produce un daño o menoscabo a la integridad corporal de la mujer, no tipificada como delito en el Código Penal.

Violencia Psicológica. Toda acción u omisión cuyo propósito sea degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento, encierro o cualquier otra conducta u omisión que implique un perjuicio en el desarrollo integral o la autodeterminación de la mujer, o que ocasione daño emocional, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer, disminuya la autoestima, perjudique o perturbe el sano desarrollo de la mujer, como ejerciendo actos en descrédito de la mujer o menosprecio al valor personal o dignidad, tratos humillantes o vejatorios, vigilancia, aislamiento, insultos, el chantaje, degradación ridiculizar, manipular, explotar o amenazar con el alejamiento de los (as) hijos (as), entre otras.

Violencia Sexual. Toda conducta que entrañe amenaza o intimidación que afecte la integridad o la auto-determinación sexual de la mujer, tal como las relaciones sexuales no deseadas, la negación a anticoncepción y protección, entre otras, siempre que dichas acciones no se encuentren tipificadas como delito en el Código Penal.

Violencia Patrimonial y/o Económica. Todo acto u omisión que implica pérdida, transformación, negación, sustracción, destrucción, retención de objetos, documentos personales, bienes muebles y/e inmuebles, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer o del

grupo familiar, incluyendo el menoscabo, reducción o negación que afecten los ingresos de la mujer o el incumplimiento de obligaciones alimentarias.

Violencia intrafamiliar. El delito de violencia intrafamiliar tiene por objeto las situaciones que en el ámbito del hogar impliquen el ejercicio de la fuerza, la intimidación o persecución a su cónyuge o ex cónyuge, a la persona con quien conviva o haya mantenido una relación concubinar, a aquella con quien haya procreado hijos, con la finalidad de causarle daño físico, emocional o para dañar sus bienes. Se establecen como supuestos agravados cuando la violencia se ejerza penetrando a la morada de la persona o su lugar en que esté albergada o depositada para consumar el hecho; le infiera grave daño corporal; utilice armas para la comisión del delito, actúe en presencia de menores de edad; que induzca, incite u obligue a la persona a consumir drogas, estupefacientes u otras sustancias psicotrópicas o embriagantes; se haga objeto de malos tratos a un menor de edad; y, por último, si se utiliza como pretexto para restringir su libertad, que la víctima padece enfermedad o defecto mental.⁵⁹

Violencia laboral/en el lugar de trabajo. Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma. i) La violencia interna en el lugar de trabajo es la que tiene lugar entre los trabajadores, incluidos directores y supervisores; ii) La violencia externa es la que tiene lugar entre trabajadores (y directores y supervisores) y toda otra persona presente en el lugar de trabajo.⁶⁰

Violencia comunitaria. Entre las tipologías de violencia contra la mujer establecidas en la Convención Belem do Pará se incluye aquella que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.⁶¹

10.B MARCO NORMATIVO

MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	LEGISLACIÓN NACIONAL	NORMAS Y PROTOCOLOS
-------------------------------	----------------------	---------------------

Convención de los derechos políticos de la mujer del 20 de diciembre de 1952	Constitución de la República	Protocolo de Atención Integral a Víctimas de la Violencia Contra la Mujer en Supuestos de Violencia Doméstica y de
Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de	Ley Especial Contra la Violencia Doméstica (1997) y sus reformas en	Instructivo y protocolo para el uso de la Cámara
Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer de 1993	Código Penal con las reformas incluidas en 1996-1997, 2005 y 2013. En el año 2013 se aprobó la reforma al	Protocolo de atención a mujeres sobrevivientes de violencia para policías
Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la violencia	Código Procesal Penal	Guía de atención a la usuaria. Versión 1.3 (CAPRODEM)
Convenio 169 de la OIT, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, de 27 de junio de 1989	Ley contra la Trata de Personas. Diario Oficial La Gaceta No 32865. 6 de Julio 2012 Ley de Igualdad de Oportunidades para la	

10.C FACTORES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA EJERCIDA POR LA PAREJA ALGUNA VEZ Y EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES – ENDESA 2011-2012

Variables seleccionadas	Violencia (sexual y física)		Análisis
	Alguna vez	Últimos 12 meses	
Rural	1	1	En ambos casos, vivir en zonas urbanas implica mayor riesgo de violencia, entre 35% y 36% más probabilidad en comparación con las que viven en zonas rurales.
Urbana	1,35	1,36	
Región			
Francisco Morazán	1,12	1,29	Para violencia alguna vez y en los últimos 12 meses, vivir en Francisco Morazán implica riesgo de sufrir
Cortés	1,28	Ns	

Resto del país	1	1	violencia entre un 12% y 29% respectivamente más, en comparación con vivir en los 16 departamentos restantes. En el caso de Cortés, el riesgo fue significativo sólo para violencia alguna vez (28%).
Edad de la mujer			
15-19	0,36	2,00	Si se compara con el grupo etéreo mayor, para violencia alguna vez, tener menor edad implica un factor protector, es decir, cuanto menos edad, menor riesgo de sufrir violencia ya que a mayor edad mayor tiempo de exposición a algún tipo de violencia. Para violencia en los 12 meses, la relación es inversa, son los grupos etéreos menores los que tienen mayor riesgo de sufrir violencia, el grupo de 15 a 19 años tienen el doble de riesgo de sufrir violencia en comparación de las mujeres de mayor edad.
20-24	0,38	1,76	
25-29	0,34	1,40	
30-34	0,48	1,10	
35-39	0,58	Ns	
40-44	0,73	Ns	
45-49	1	1	
Nº de hijos vivos			
0	1	1	Para ambos tipos de violencia, el riesgo aumenta con el mayor número de hijos vivos, es decir, a mayor cantidad de hijas/os, mayor probabilidad de sufrir violencia. En el caso de violencia alguna vez, este riesgo sube hasta casi 4 veces más (3,7) la probabilidad de sufrir violencia en las mujeres con 5 hijos/as o más en comparación con las que no tienen hijos/as.
1-2	1,5	1,3	
3-4	2,4	1,7	
5 y más	3,7	2	
Nivel educativo			
Sin educación formal	1,78	1,65	El riesgo aumenta en ambos casos, cuando el nivel educativo disminuye. Las mujeres sin educación formal tienen entre un 78% y 65% más posibilidad de sufrir violencia alguna vez y en el último año en comparación con las mujeres con niveles
Primario	1,41	1,35	
Secundario	1,44	1,20	
Superior	1	1	

			superiores de educación.
Estado Civil			
Casada	1	1	En ambos casos, la violencia está relacionada con estar divorciada/separada en comparación con las mujeres casadas. El riesgo de violencia va desde 2,4 a 4,3 veces más en mujeres separadas y divorciadas.
Viviendo con pareja	1,41	2,18	
Viuda	2,71	0,27	
Divorciada	4,30	2,3	
Separada	3,34	2,5	
Nº de uniones			
Una	1	1	En violencia alguna vez, haber tenido dos o más uniones está relacionado con un mayor riesgo de sufrir violencia (57%) más en comparación con las mujeres con una sola unión. En la violencia en los últimos 12 meses no se encontró relación.
Dos y más	1,57	Ns	
Etnia			
Negro inglés	2,4	2,9	En ambos casos, las etnias que presentan niveles significativos de riesgo para sufrir violencia alguna vez y en el último año son las Negro Inglés y Misquito respectivamente, en comparación con el conjunto de las etnias restantes.
Misquito	2,1	1,85	
Otros	1	1	
Empleada Actualmente			
SI	1,57	1,30	En ambos casos, el tener un empleo al momento de la entrevista representa un mayor riesgo de sufrir violencia, en comparación con las mujeres que declararon no tener empleo actual, entre 30% y 57% mayor riesgo.
NO	1	1	
Uso actual de método de planificación familiar			
No usa	1,2	Ns	Solo para violencia alguna vez, el hecho de no utilizar método de planificación familiar resultó levemente significativo, 20% más riesgo de sufrir violencia que las mujeres que utilizan métodos modernos. Entre el uso de
Método tradicional + folclórico	Ns	Ns	
Método moderno	1	1	

			métodos tradicionales y modernos, no se observó diferencias significativas en cuanto a riesgo de violencia. En violencia en los 12 meses, ninguna variable resultó significativa.
ITS en los últimos 12 meses			
SI	3	2	En ambos casos, adquirir alguna ITS está fuertemente relacionado con la violencia, entre 2 y 3 veces más probabilidad.
NO	1	1	
Prueba de VIH alguna vez			
SI	1	1	Solo para violencia alguna vez, el no realizarse el test de VIH estaría relacionado con la violencia, un 17% más probabilidad de no realizarse el test. Para violencia en los últimos 12 meses resultó no significativo.
NO	1,17	Ns	
Primer control prenatal antes de los 4 meses de embarazo			
SI	1	1	En ambos casos, existe una relación significativa entre la violencia y el primer control prenatal luego de los 4 meses (tardío).
NO	1,62	1,26	

Ns= No significativo

12.D FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA SEXUAL POR CUALQUIER PERSONA APARTE DE LA PAREJA EN EL MÓDULO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CIUDAD MUJER HONDURAS⁶²

Necesito hacerle unas preguntas personales que me ayudarán a cuidar mejor su salud. Como soy su médica/psicóloga, necesitamos tener una buena comunicación y alianza. Yo puedo entender mejor su salud si usted me responde algunas preguntas sobre su historia sexual. Yo le pregunto esto a todas las usuarias que atiendo aquí en Ciudad Mujer porque es muy importante para mi conocer que ha pasado en sus vidas.

	Ocurrencia del	Relación	Lugar del
--	-----------------------	-----------------	------------------

	hecho		víctima -agresor	incidente
	Si	No		
1. ¿Ha sido usted alguna vez tocada sexualmente en contra de su voluntad o sin su consentimiento? alguna vez o en los últimos 12 meses?				
2. ¿Ha sido usted presionada o forzada a tener relaciones sexuales? alguna vez o en los últimos 12 meses?				
3. Usted siente que tiene control sobre sus relaciones sexuales y usted puede negarse a tener sexo? * Adaptar esta pregunta según características de la usuaria: jóvenes, indígenas, afrodescendientes, LGTBI, migrantes retornadas, miembros de pandillas, u otras.	No Si (Describir)			

12.E. FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA LABORAL EN EL MAE – SECRETARÍA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. CIUDAD MUJER HONDURAS⁶³

1. ¿Ha sido hostigada sexualmente en anteriores y/o actual lugar de trabajo?
2. Ha enfrentado algunas de las siguientes situaciones en anteriores y/o actual lugar de trabajo?

Situaciones de violencia laboral	Trabajos anteriores		Actual lugar de trabajo	
	Si	No	Si	No
Intimidaciones, violencia verbal				
Restricciones para pertenecer a una organización que defiende los derechos de las y los trabajadoras/es.				

No pago de salario mínimo completo				
Falta de acceso a las prestaciones de la seguridad social				
Falta de protección a la maternidad				
Ausencia de garantías de salud ocupacional, incluyendo de protección de riesgos, enfermedades y trastornos físicos y/o emocionales asociados al tipo de trabajo.				
No indemnización de daños asociados al trabajo.				
Otra situación que haya afectado sus derechos como trabajadora? Especificar				

12.F FICHA DE EVALUACIÓN DE RIESGO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA VÍCTIMAS/SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL ADULTAS EN CIUDAD MUJER HONDURAS⁶⁴

Nota: Para los casos de violencia doméstica y/o intrafamiliar, se utilizará la “Escala de valoración del riesgo” incluida en el Protocolo de atención integral a víctimas de la violencia contra la mujeres en supuestos de violencia doméstica y de violencia intrafamiliar y Guía de adecuación técnica para su aplicación (Página 99), según como se indica en la página 18 del presente protocolo.

1. Seguridad física inmediata

Aspectos de seguridad física	Respuesta de la usuaria
Donde y en qué forma podría usted entrar en contacto con el perpetrador?	
Que información tiene el perpetrador sobre su lugar de residencia, trabajo, centro de estudios u otros lugares donde usted va con regularidad?	
El perpetrador la ha amenazado directa o de otra forma (por ejemplo, decirle a otras personas, ser despedida del trabajo, reportarla ante las autoridades, diseminar información sobre su vida sexual, colocar fotografías o información suya en medios electrónicos, redes sociales (Facebook, Instagram, Internet, Twitter, etc.)	
El perpetrador la ha contactado a usted desde que ocurrió el hecho de violencia sexual?	
El perpetrador la ha acosado a usted, su familia, sus amigas/os?	
Usted ha considerado denunciar el caso a las autoridades (Policía, Ministerio Público, Juzgados)?	

Aspectos de seguridad física	Respuesta de la usuaria
Tiene usted una orden de protección contra el perpetrador? Si no, cree usted que algún tipo de protección podría ser de ayuda?	
Tiene usted alguna razón para preocuparse por la familia o el círculo de amigos del perpetrador?	
Usted tiene lesiones físicas u otras preocupaciones sobre su salud como resultado de la violencia sexual? En caso positivo, ha usted recibido asistencia médica?	
Usted tiene un teléfono celular que pueda utilizar para llamar o enviar un mensaje de texto en caso de que usted necesite ayuda?	
Hay cosas o medidas específicas que usted cree que pueda hacer para sentirse segura?	
Tiene usted un plan en caso de emergencia, por ejemplo, si usted está en peligro o necesita atención médica a quien llamaría, adonde iría, y cómo obtendría usted ayuda?	

2. Seguridad, tecnología, vivienda, centro educativo, trabajo y comunidad

Aspectos	Respuesta de usuaria
Tecnología	
El perpetrador conoce su número de teléfono, su correo electrónico?	
Conoce el perpetrador cualquiera de sus códigos de acceso/contraseñas?	
Tiene usted cuentas en redes sociales? Conoce como bloquear al perpetrador o los contactos del perpetrador?	
El perpetrador y/o sus contactos la han contactado a usted a través de medios electrónicos, redes sociales o han colgado información sobre usted en internet?	
Hay información personal (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.) sobre usted en internet?	
Vivienda	
Tiene el perpetrador acceso a su vivienda?	
Con quien se puede quedar en caso de que usted tenga que salir de su vivienda?	
En su comunidad, en quien usted confía?	
Centro de estudios (escuela, universidad, educación técnica)	
Está usted estudiando actualmente? (No - pase a la siguiente sección)	

El perpetrador conoce donde usted estudia?	
Es el perpetrador un estudiante o una persona en posición de autoridad en el lugar donde usted estudia?	
Le ha dicho a alguien en su centro de estudio sobre su experiencia de violencia sexual?	
Lugar de trabajo	
Usted está actualmente trabajando de manera remunerada? (No - pase a la siguiente sección)	
Es el perpetrador un compañero de trabajo o una persona de autoridad en el lugar que usted trabaja?	
Alguien en su trabajo conoce sobre su experiencia de violencia sexual?	
Usted tiene algún contacto con el perpetrador en su lugar de trabajo?	
Comunidad	
Usted ve al perpetrador cuando usted va a lugares públicos?	
Tiene usted personas de confianza que podrían acompañarla a lugares a los que usted necesita ir?	
Está el perpetrador asociado al crimen (pandillas, narcotráfico, trata de personas, etc.)?	

3. Medidas de apoyo para reforzar la seguridad de la víctima

- Medidas que la usuaria podría poner en práctica para aumentar su seguridad.
- Asistencia legal, médica, financiera, atención psicológica especializada, u otra.
- Recursos – casa refugio, transporte, grupos de apoyo, especialistas de salud mental, consejería para adicciones, etc.
- Redes de apoyo en familia y comunidad: recursos de apoyo en la comunidad, círculo de amigas/os, familia u otras redes pertinentes.
- Coordinación de medidas de seguridad con empleadores, autoridades escolares/universitarias, instancias encargadas de protección a la ciudadanía contra el crimen (pandillas, narcotráfico, trata de personas) u otras pertinentes, según el caso.

12.G COMPONENTES CLAVE DE LA FICHA DE REFERENCIA EXTERNA Y CONTRAREFERENCIA EN CIUDAD MUJER HONDURAS

Referencia externa	
CM y el personal	Nombre, puesto del RRHH

que refiere	Nombre del CM y dirección Acuerdo telefónico realizado (Si, No), teléfono, Fax y/o correo electrónico
Servicio al que fue referida la usuaria	Nombre Dirección
Datos generales de la usuaria	Nombre Código asignado/ Número de expediente Edad Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente) Dirección
Resumen del caso	Historia de VCM Servicios ofrecidos en CM Razones de la referencia Documentos anexos a la referencia
Datos de la referencia	Nombre, firma y fecha de la referencia
Contrareferencia	
Datos de la institución y persona que completa la ficha de contrareferencia	Nombre de la institución, teléfono, fax, correo electrónico Nombre del RRH, puesto, especialidad Fecha
Datos generales de la usuaria	Nombre Código asignado/ Número de expediente Edad Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente) Dirección
Personal que atendió a la usuaria	Nombre, especialidad y fecha
Servicios prestados y principales hallazgos	Médicos Legales Sociales Psicológicos Autonomía económica Otros (especificar)
Necesidades de seguimiento	
Referencia a:	Retorno a (indicar nombre de la proveedora a que se retorna la referencia)
Datos de la contrareferencia	Nombre, firma y fecha de la contra referencia

12.H FICHA DE REFERENCIA INTERNA – INTERMÓDULOS EN CIUDAD MUJER HONDURAS

Datos generales de la usuaria	Nombre Código asignado/ Número de expediente Edad Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente)
Módulo e institución a la que se refiere la usuaria	MAE MSSR MVCM Nota: Especificar la institución dentro del módulo en cuestión
Resumen del caso	Historia de VCM Servicios ofrecidos en CM Razones de la referencia Documentos anexos a la referencia
Motivo de la referencia	
Personal que atendió a la usuaria	Nombre, especialidad, módulo y fecha

12.I REGISTRO PARA EL CONTROL DE LAS REFERENCIAS DE CIUDAD MUJER HONDURAS

Nombre del Centro CM							
Fecha de la referencia	Código asignado/ Número de expediente	Referida a (Nombre de la institución/ especialidad)	Referida por (Nombre del servicio y proveedora que refiere)	Fecha en que se recibió la contrareferencia	Seguimiento o solicitado Si/No	Seguimiento completado Si/No	Referencia apropiada Si/No

12.J LISTA DE REQUERIMIENTOS DE EQUIPOS

EQUIPAMIENTO DEL MÓDULO DE ATENCIÓN A VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES										
REA	EQUIPO TÉCNICO				Q IFORMÁTICO	MOBILIARIO DE OFICINA Y HERRAMIENTAS				
	MÁQ EQUIPO	Y	Q MÉDICO DE LAB				MOBILIARIO	HERRAMI ENTAS Y REPUEST OS		
Oficinas de instituto Nacional de la Mujer (INAM)					4	CPU	4	Archivador metálico de 3 gavetas		
					4	Monitor	4	Escritorio secretarial de 3 gavetas		
					4	Teclado	4	Silla secretarial ergonómica		
					4	UPS	8	Silla de espera metálica		
							1	Sillón de sala de un espacio		
Oficina para el Consultorio Jurídico gratuito de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (CJG-FCJ-UNAH)					5	CPU	5	Archivador metálico de 3 gavetas		
					5	Monitor	5	Escritorio secretarial de 3 gavetas		
					5	Teclado	5	Silla secretarial ergonómica		
					5	UPS	10	Silla de espera metálica		
Oficina para la Dirección de Medicina Forense (MF) SALA DE			1	Ca ma hos pital aria	1	CPU	1	Archivador metálica de 3 gavetas		
			1	Lám par a de	1	Monitor	1	Canapé		

RECONOCIMIENTO MÉDICO				examen					
					1	Teclado	1	Escritorio secretarial de 3 gavetas	
					1	UPS	1	Silla secretarial ergonómica	
							1	Mesa metálica auxiliar hospitalaria de 2 niveles y con rodos	
							2	Silla de espera metálica	
Oficina para la Policía Nacional (PN)	1	Vehículo policial			3	CPU	1	Archivador metálico de 4 gavetas	
					3	Monitor	4	Archivador metálico de 3 gavetas	
					3	Teclado	1	Cama normal con rodos	
					3	UPS	3	Escritorio secretarial de 3 gavetas	
					1	Impresor	3	Silla secretarial ergonómica	
							6	Silla de espera metálica	
Oficina para la Fiscalía Especial de la Mujer (FGR)					2	CPU	2	Archivador metálico de 3 gavetas	
					2	Monitor	2	Escritorio secretarial de 3 gavetas	
					2	Teclado	2	Silla secretarial ergonómica	
					2	UPS	4	Silla de espera metálica	
SALÓN MULTIUSOS							1	Mesa para conferencias	
							1	Mesa circular con base	

							metálica		
							1 4	Sillas secretariales ergonómicas	
PASILLO	1	Oasis					4 6	Silla de espera de poliuretano	
ADMINISTRACIÓN	1	Aire acondicionado							
SALA DE CONTENCIÓN EMOCIONAL							1	Sillón de sala de tres espacios	
							1	Sillón de sala de cuatro espacios	
							2	Sillón de sala de un espacio	
							1	Mesa esquinera de madera	
							1	Mesa de centro	
Sala de Cámara Gesell	Pendiente								

Material informativo (brochures, posters, para distribuir en todas las oficinas del MVCM las salas de espera de todos los módulos, actividades del MEC sobre los siguientes temas:

Violencia por la pareja y consecuencias en salud

Mujeres jóvenes y violencia por la pareja y sexual

Factores de riesgo y VCM

Violencia sexual – efectos en ejercicio de los DDHH

Empoderamiento económico y VCM

Violencia física, sexual y emocional contra niñas en el lugar de trabajo de sus madres

SSR y VCM

Intersecciones entre VIH y VCM

Factores protectores y prevención de la violencia contra niños/as

Normas de género y VCM

Se prevé la elaboración de materiales específicos para migrantes retornadas, mujeres indígenas y afrodescendientes, con capacidades especiales, LGTBI, u otras pertinentes.

-
- ¹ OPS/OMS (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC.
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf
- ² UN Women. Key theoretical models for building a comprehensive approach.
<http://www.endvawnow.org/en/articles/647-key-theoretical-models-for-building-a-comprehensive-approach.html>
- ³ UNFPA (2015). Estrategia Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe para la Prevención y Abordaje de la Violencia Sexual contra las Mujeres y Niñas 2015-2017.
- ¹ Secretaría del Despacho de la Presidencia, Instituto Nacional de Estadísticas y Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012.
- ⁵ Comisión de Jefes(as) y Directores(as) de Policía de Centroamérica, México, El Caribe y Colombia. Anuario Regional de Estadísticas Policiales 2011-2012. San Salvador, 2013.
- ⁶ Luciano D y Negrete M (2015). Elaborado con información de la base de datos de la UNODC. Citado en: UNFPA (2015) Estrategia Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe para la Prevención y el Abordaje de la Violencia Sexual contra las Mujeres y Niñas 2015 – 2017 .
http://dvcn.aulaweb.org/estrategia_VS_espanol.pdf
- ⁷ Luciano D y Negrete M. La victimización en América Latina: Intersecciones entre género, edad y etnicidad. Análisis de datos de Latinobarómetro 2013. Informe preliminar. 2015
http://dvcn.aulaweb.org/Webconf_Victimizacion_Latinobarometro_2013_092015.pdf
- ⁸ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad. Observatorio de Violencia. Edición No.36, Febrero 2015
- ⁹ OIM. OIM presenta estrategia de asistencia a niños migrantes en Honduras.
<http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=32000#.VkkNgYQfxJO>
- ¹⁰ Ledesma Cano B; Pulido Navarro M; 2 Villegas Rodríguez J. Condiciones de trabajo, Estrés y Daños a la salud en trabajadoras de la maquila en Honduras. Salud trab. (Maracay) 2009, Ene-Jul., 17(1), 23-31
- ¹¹ Secretaría de Salud. Consolidado por diagnósticos de Salud mental. RSM. D.C. Consolidado de enero a noviembre de 2014.
- ¹² Poder Judicial de Honduras. Juzgados de Letras de lo Penal. Análisis de riesgo: Delitos de mayor frecuencia a nivel nacional, año 2014.
- ¹³ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad. Observatorio de Violencia. Edición No.36, Febrero 2015
- ¹⁴ Luciano D y Negrete M (2015).
- ¹⁵ Negrete M y Luciano D. Análisis de regresión logística – Violencia por la pareja alguna vez y en los últimos 12 meses y características sociodemográficas, de salud sexual y reproductiva y de empleo seleccionadas – ENDESA Honduras 2011-2012. 26 de noviembre de 2015.
- ¹⁶ WHO and Center for Public Health (2009). Violence prevention: The evidence. Changing cultural and social norms that support violence. Geneva.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598330_eng.pdf

-
- ¹⁷ Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012). Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington D.C. Pan American Health Organization. Washington DC
- ¹⁸ Pantelides E y Manzelli H. (2005). La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo. Organización Panamericana de la Salud, GTZ, UNFPA. <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/SSRhombres2005.pdf>
- ¹⁹ Secretaría del Despacho de la Presidencia, Instituto Nacional de Estadísticas y Secretaría de Salud. ENDESA 2011-2012.
- ²⁰ Luciano D y Negrete M (2015).
- ²¹ CAPRODEM. Generalidades. <http://caprodem.hn/#>
- ²² Organización de Estados Americanos (1994). CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER "CONVENCION DE BELEM DO PARA". <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- ²³ Vázquez M y Hale F (2011). Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA). Washington DC.
- ²⁴ AIDSTAR-One (2013). El manejo clínico de los niños y adolescentes que han experimentado violencia sexual. Las consideraciones técnicas para los programas de PEPFAR. Arlington, Virginia.
- ²⁵ WHO (2014). Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook. Geneva
- ²⁶ Naciones Unidas, 2010.
- ²⁷ UNICEF. The CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD. Guiding principles: general requirements for all rights. http://www.unicef.org/crc/files/Guiding_Principles.pdf
- ²⁸ Naciones Unidas. División para el Adelanto de la Mujer (2010). Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Págs. 33-34
[http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20(Spanish).pdf)
- ²⁹ Naciones Unidas. División para el Adelanto de la Mujer (2010). Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Págs. 33-34
[http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20VAW%20(Spanish).pdf)
- ³⁰ Poder Judicial et al (2014). Protocolo de atención integral a víctimas de la violencia contra la mujer en supuestos de violencia doméstica y de violencia intrafamiliar. Honduras
- ³¹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2011). Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica. Washington DC
- ³² Luciano, Diny (2012). Checklist of ethical issues to be considered in the development of monitoring and evaluation systems of integrated policies and programs on HIV and violence against women. Development Connections and Salamander Trust. Washington DC
- ³³ CARE (2008). Reducing risks for unintended harm in programs to prevent and address gender base violence. USA.

-
- ³⁴ Naciones Unidas, 2010. Ibid...
- ³⁵ Poder Judicial et al (2014). Ibid...
- ³⁶ Poder Judicial et al (2014). Ibid...
- ³⁷ Ministerio Público (2008). Manual de normas y procedimientos generales- Medicina Legal. Honduras.
- ³⁸ Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Consultorio Jurídico Gratuito. Manual de procedimientos del Área Psicosocial. s/f
- ³⁹ UNAH. Consultorio Jurídico Gratuito. Boletín informativo. s/f
- ⁴⁰ Poder Judicial et al (2014). Ibid...
- ⁴¹ Poder Judicial et al (2014). Ibid...
- ⁴² Poder Judicial et al (2014). Ibid...
- ⁴³ República de Honduras. Secretaría de Relaciones Exteriores Dirección General de Asuntos Consulares.
http://www.dhmigrantes.cide.edu/taller_centroamerica/07_Busquedad_excelencia_asistencia_migratoria_SRE-Honduras_Castellanos.pdf
- ⁴⁴ WHO. Health Service Access.
http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/chi_2015_110_health_service_access.pdf
- ⁴⁵ WHO (2008). Toolkit on monitoring health systems strengthening. Service delivery.
http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_ServiceDelivery.pdf
- ⁴⁶ Stevens, L. (2007, December). *Screening for Sexual Violence: Gaps in Research and Recommendations for Change..* Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Retrieved month/day/year, from: <http://www.vawnet.org>
- ⁴⁷ ILO. Providing safe and healthy workplaces for both men and women. Geneva.
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_105060.pdf
- ⁴⁸ WHO (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf
- ⁴⁹ Rachel Jewkes (2014). What works to prevent violence against women and girls? Evidence review of the effectiveness of response mechanisms in preventing violence against women and girls.
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/337622/evidence-review-response-mechanisms-H.pdf
- ⁵⁰ Maldonado, Tirza (2015). Mapeo de Recursos e Identificación de Factores Críticos de Éxito Tegucigalpa y San Pedro Sula. Eurosocial. Honduras
- ⁵¹ Ministerio Público (2008). Ibid...
- ⁵² CAPRODEM. Guía de atención a la usuaria. Versión 1.3 12/11/13. Honduras.
[http://www.poderjudicial.gob.hn/Proyectos/CAPRODEM/Documents/Gu%C3%ADa%20de%20Atención%20CAPRODEM%20\(1,3mb\).pdf](http://www.poderjudicial.gob.hn/Proyectos/CAPRODEM/Documents/Gu%C3%ADa%20de%20Atención%20CAPRODEM%20(1,3mb).pdf)
- ⁵³ Troncoso, Erika; Deborah L Billings; Olivia Ortiz y Cuautli Suárez (2006). ¡Ver y atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia

sexual. Ipas, Chapel Hill, NC.

⁵⁴ UNODC, WHO and Stop Rape Now (2015). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf?ua=1

⁵⁵ WHO (2013). Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

⁵⁶ WHO (2003). Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/

⁵⁷ Tomado de la Matriz de Resultados de Ciudad Mujer El Salvador, Fase II. 2015, con indicadores adicionales relacionados con la integración de servicios de los distintos módulos de CM, la continuidad de la atención y el sistema referencia.

⁵⁸ Organización de Estados Americanos (1994).

⁵⁹ Poder Judicial et al, 2014

⁶⁰ OIT. Reunión de expertos para elaborar un repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia y el estrés en el trabajo en el sector de los servicios: una amenaza para la productividad y el trabajo decente (8-15 de octubre de 2003).

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf

⁶¹ CIM/OEA (2014). Herramientas regionales de lucha contra la violencia hacia las mujeres: La Convención de Belém do Pará y el Convenio de Estambul. Washington DC.

<https://www.oas.org/en/mesecvi/docs/MESECVI-CoE-CSWPub-ES.pdf>

⁶² Adaptado de: National Sexual Violence Resource Center (2011). Assessing patients for sexual violence: A guide for health care providers.

http://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Guides_Assessing-patients-for-sexual-violence.pdf

⁶³ Adaptado de: United States Department of Agriculture (2001). The USDA Handbook on Workplace Violence Prevention and Response. <http://www.dm.usda.gov/workplace.pdf>

⁶⁴ Adaptado de: Victim Right Law Center (2013). Safety planning with adult sexual assault survivors: A guide for advocates and attorneys.

http://www.victimrights.org/sites/default/files/Safety%20Planning%20with%20Adult%20Sexual%20Assault%20Survivors_A%20Guide%20for%20Advocates%20and%20Attorneys.pdf

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

CIUDAD MUJER HONDURAS

MANUAL DE OPERACIÓN DEL MÓDULO DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES¹

CONSULTORA: DINYS LUCIANO

AGOSTO 2016

¹ Esta versión incluye los resultados de la validación con el Equipo de país, líderes comunitarios y adolescentes de Tegucigalpa, San Pedro Sula y Juticalpa durante la misión realizada del 16-22 de junio de 2016.

1. Análisis de situación	4
1.1 Características sociodemográficas seleccionadas de las adolescentes	4
1.2 Indicadores seleccionados de SSR	5
1.3 Factores asociados al embarazo precoz	7
1.4 Violencia contra las adolescentes	8
1.5 Salud mental de las y los adolescentes	8
1.6 Respuestas sociales a las necesidades de desarrollo integral y SSR	9
2. Enfoque del Módulo de Atención a Adolescentes	11
3. Objetivos del MAA	13
4. Principios y consideraciones éticas	13
5. Institución coordinadora, oferta de servicios e instituciones socias	15
5.1 Coordinación	15
5.2 Equipo de atención Integral del MAA	15
5.3 Modelo de atención	17
5.4 Oferta de servicios	21
6. Procedimientos de atención del MAA	22
6.1 Ingreso al MAA	22
6.2 Consejería integral en SSR	23
6.3 Atención psicológica	26
6.4 Curso de habilidades para la vida	27
6.5 Curso virtual en EIS	30
7. Sistema de referencia y respuesta	32
8. Personal que integra el MAA	35
8.1 Coordinadora	35
8.2 Psicóloga	38
8.3 Consejera en SSR	39
8.4 Educadora	41
9. Requerimientos, equipos e insumos	43
10. Monitoreo y evaluación	44
11. Riesgos y recomendaciones	46
12. Anexo	49
Historia clínica del adolescente de la SESAL	

Lista de cuadros

- Cuadro 1: Principios y enfoques que rigen el MAA
- Cuadro 2: Características del perfil sociodemográfico de las usuarias del MAA
- Cuadro 3: Oferta de servicios y componentes clave
- Cuadro 4: Ingreso de las adolescentes al MAA y el resto de los módulos de CM
- Cuadro 5: Fases de la consejería integral en SSR de CM Honduras
- Cuadro 6: Procedimientos generales de terapia psicológica breve de CM Honduras
- Cuadro 7: Componentes clave del curso de habilidades para la vida
- Cuadro 8: Procedimientos del diseño del curso virtual en EIS
- Cuadro 9: Procedimientos del proceso de implementación del curso virtual en EIS
- Cuadro 10: Servicios de Salud para Adolescentes – funcionando al año 2016
- Cuadro 11: Intersecciones del MAA con los otros módulos de CM
- Cuadro 12: Descripción de los puestos del personal del MAA
- Cuadro 13: Listado de insumos mínimos requeridos

Cuadro 14: Indicadores del MAA y fuentes de verificación
Cuadro 15: Riesgos y recomendaciones

Abreviaturas y acrónimos

ASHONPLAFA	Asociación Hondureña de Planificación de la Familia
CM	Ciudad Mujer
ES	Establecimiento de Salud
DIJUVE	Dirección de Juventud
DINAF	Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia
DSR	Derechos sexuales y reproductivos
EA	Embarazo adolescente
EAI	Equipo de Atención Integral
EIS	Educación Integral de la Sexualidad
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
INFOP	Instituto Nacional de Formación Profesional
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LAC	Latinoamérica y El Caribe
MAE	Módulo de Autonomía Económica de CM
MAI-CM	Módulo de Atención Infantil de CM
MEC	Módulo de Educación Colectiva
MVCM	Módulo de Violencia Contra las Mujeres de CM
MSSR	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de CM
NNA	Niñas, niños y adolescentes
ONG	Organización no Gubernamental
OMS	Organización Mundial de la Salud
PASMO	Organización Panamericana de Mercadeo Social
RRHH	Recursos Humanos
SEDUC	Secretaría de Educación
SESAL	Secretaría de Salud
SSAA	Servicios amigables para adolescentes
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VCMA	Violencia contra mujeres adolescentes
VCM	Violencia contra la mujer

Elaborado por Dinys Luciano y el Banco Interamericano de Desarrollo (Anne-Marie Urban, Gabriela Vega y Nidia Hidalgo), en coordinación con el Equipo de País: el Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras (Karen Najarro) y la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (Ana Fajardo). El presente Manual de Operación normará el funcionamiento del Módulo de Atención a Adolescentes del Programa CM y deberá ser revisado al menos cada dos años. El DINAF será la entidad responsable de su actualización por medio de un proceso de discusión y socialización con el resto de las entidades participantes en el mismo y la entidad coordinadora del Programa.

1. Análisis de situación

Según las proyecciones de población de la CEPAL, en el 2015 las y los adolescentes de 10-19 años representaban el 22% de la población total de Honduras, de los cuales el 49.3% (883,000) eran mujeres. La cantidad de adolescentes a nivel nacional se duplicó en los últimos 35 años, pasando de 880,000 en 1980 a 1,792,000 en el año 2015.¹

La situación sociodemográfica y de salud de las adolescentes está altamente influenciada por las condiciones sociales, económicas y culturales del país y situaciones de riesgo particulares de éstas, por lo que las estrategias dirigidas a esta población desde Ciudad Mujer (CM) se basan en un análisis de información que permita entender las causas de las problemáticas priorizadas y el contexto social en que ocurren. Considerando que las adolescentes no constituyen un grupo homogéneo, la información presentada a continuación proviene fundamentalmente de la ENDESA 2011-12 y se desagrega por departamento y según disponibilidad, por otras categorías como años de estudio, residencia urbano rural, rango de edad u otras.²

1.1 Características sociodemográficas seleccionadas de las adolescentes – ENDESA 2011-12

- *Área de residencia.* El porcentaje de adolescentes que vive en zona urbana es de 32% en Olancho, 63% en Francisco Morazán, 76% en Cortés y el 32% en el Resto del país.
- *Años de estudio.* La mayor proporción de adolescentes entrevistadas se encuentra entre las que tienen entre 2 y 5 años de estudio para todas las áreas geográficas analizadas, alcanzando entre el 48 y 65%. Estos bajos niveles de conclusión de la educación intermedia y secundaria constituyen una importante barrera para la acumulación de activos de las adolescentes y el alcance de sus proyectos de vida presentes y futuros, considerando que en Honduras se requieren al menos ocho años de estudios para tener una probabilidad de caer en una situación de pobreza menor que el promedio de la población. La maternidad temprana, aumenta la probabilidad de las mujeres jóvenes de caer en la pobreza.³
- *Años de estudio y situación de empleo.* De las 404 adolescentes con 0 a 1 año de estudio, el 74% no tenía trabajo al momento de la encuesta mientras que de las 2.103 que tenían entre 6 y 11 años de estudio, el 73,8% no contaba con trabajo. La proporción de adolescentes con 0-1 años de estudio y sin trabajo actual oscila entre el 69% en Cortés y el 80% en Olancho.
- *Nupcialidad/unión actual.* De las 1.490 adolescentes que respondieron a esta pregunta, el 29% afirmó estar en algún tipo de relación de matrimonio o cohabitación al momento de la entrevista. La mayoría ha tenido una sola relación con cohabitación. El 6% en Cortés, 8% en Francisco Morazán y 13% en Olancho ya han tenido más de una relación con cohabitación antes de cumplir los 20 años.² Cabe destacar que entre las mujeres de 20-24 años entrevistadas a nivel nacional, el 43.3% del área urbana y el 58.6% del área rural se unieron por primera vez antes de cumplir los 20 años.
- *Edad de la primera pareja sexual.* El 1,4% respondió que la persona con la que tuvo su primera relación sexual era más joven que ella, el 4,5% de la misma edad, 76% menos de 10 años mayor y 18,1% 10 o más mayor que ella, resaltando que solo alrededor del 6% tuvo una pareja sexual de su misma edad o más joven.

² Para este análisis sólo se han tomado como casos todas las mujeres de 15 a 19 años que respondieron afirmativamente a la pregunta sobre su estado de cohabitación al momento de la entrevistas, es decir, representa una prevalencia puntual en el año 2011-12, momento del trabajo de campo de la ENDESA. Los porcentajes presentados se calculan en base a las adolescentes actualmente en cohabitación (N=1.490) en ese periodo de tiempo.

- *Cobertura de seguridad social.* Casi la totalidad de las adolescentes carecen de cobertura. En Olancho solo el 1% tiene seguro social, 4% en Francisco Morazán y 6% en Cortés.

1.2 Indicadores seleccionados de salud sexual y reproductiva (SSR) – ENDESA 2011-12

Embarazo adolescente

- *Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hijo.* A nivel nacional, el 24% de las mujeres de 15-19 años de edad son madres o están embarazadas de su primer hijo. Entre las embarazadas al momento de la encuesta, el 77% de las adolescentes no tenían hijos vivos y el 23% tenía al menos un hijo vivo.
- La proporción de adolescentes con al menos un hijo en Olancho es 24.4%, en Cortés 15.9% y en Francisco Morazán 14%. A nivel nacional, el 41.8% es madre antes de cumplir los 20 años.
- *Edad del primer nacimiento.* Al desagregar los datos según grupo de edad, 7 de cada 10 adolescentes que han tenido un hijo se encuentran en la franja etárea de 15 a 17 años (70%). Es importante destacar que 1 de cada 10 adolescentes que han tenido un hijo lo han hecho entre los 12 y 14 años (10%). Entre las adolescentes embarazadas al momento de la encuesta el 72,4%, lo estaban por primera vez. Las altas tasas de embarazo adolescente llaman la atención sobre la necesidad de explorar los vínculos entre matrimonio temprano y embarazo adolescente en Honduras ya que en América Latina cuando las jóvenes se convierten en madres, en la mayoría de los casos, contraen matrimonio o establecen relaciones de cohabitación. A nivel regional, el 39% de las jóvenes de 15 a 19 años se convierte en cónyuges o jefas de hogar cuando pasan a ser madres adolescentes, lo que sólo ocurre en el 3,6% de los casos de las jóvenes sin hijos.⁴
- *Embarazo interrumpido.* Tomando sólo las adolescentes con algún embarazo interrumpido, Cortés presenta el mayor porcentaje (3,5%), Francisco Morazán 3% y Olancho el menor (1,4%).

Voces de las adolescentes

Principales problemas, conocimiento y prácticas

- Alto nivel de conocimiento sobre la mayoría de los métodos de planificación familiar existentes pero limitado entendimiento sobre mecanismos de acción de estos métodos así como una reducida utilización de los mismos.
- Bajo nivel de conocimiento y utilización de los servicios y recursos existentes para adolescentes.
- Altos niveles de violencia en familia, por la pareja, en la comunidad, entre pares.
- Prácticas altamente riesgosas para terminar un embarazo no planificado.
- Falta de confianza en la justicia.
- Problemas emocionales juegan un rol importante en sus vidas.
- Tienen limitadas opciones para construir un plan de vida para mediano y largo plazo.
- Las redes de apoyo con las que cuentan tienden a ser débiles (familiares, sociales y amigas/os)
- Altos niveles de estigmatización (desvalorización, percepción negativa) de las adolescentes, tanto externa (adultos, familia, pares, otros) como internalizada (auto-estigmatización).

Fuente: K Najarro, A Fajardo, J Rodríguez y D Luciano. Resultados de grupos focales con adolescentes de Juticalpa, San Pedro Sula y Tegucigalpa Abril 2016

Conocimiento sobre sexualidad, reproducción, métodos anticonceptivos modernos e ITS/VIH

- *Participación en actividades de educación sexual.* La proporción de adolescentes de 15-19 años que afirman haber asistido a alguna actividad sobre educación sexual fue 42% en Olancho, 71% en Francisco Morazán y 70% en Cortés.
- *Conocimiento del periodo fértil.* Solo el 6% en Olancho identificó el período de mayor riesgo (en la mitad del ciclo menstrual), el 9% en Cortés, un 10% en Francisco Morazán y 7% en el resto del país.
- *Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos.* Casi la totalidad de las adolescentes afirman que conocen métodos modernos: 99% en Olancho y 100% en Francisco Morazán y Cortés. Cabe resaltar que “conocer un método” no significa necesariamente que las adolescentes tengan un buen nivel de información sobre dicho método.
- *Conocimiento sobre ITS y VIH.* La proporción de adolescentes que alguna vez escuchó sobre ITS es 95% en Olancho y 99% en Francisco Morazán y Cortés y porcentajes similares reportan haber escuchado sobre el VIH.

Conducta sexual y sexo protegido

- *Edad de primera relación sexual.* La proporción de adolescentes que reportan haber tenido su primera relación sexual antes de los 20 años, es 28% en Francisco Morazán, 39% en Cortés y 44% en Olancho.³
- *Uso de condón en la primera relación sexual.* A pesar de que casi la totalidad de las adolescentes manejan información sobre métodos modernos de planificación familiar y de haber escuchado sobre ITS y VIH, el 74% de las adolescentes en Cortés, 77% en Francisco Morazán y 86% en Olancho no utilizaron condón en su primera relación sexual. Las adolescentes argumentan con mayor frecuencia no haber utilizado ningún método porque “No querían o no les gustaba” y por haber sido “La primera vez” mientras que por “No conocer ningún método” fue reportado por el 14% en Francisco Morazán, 16% en Olancho y 25% en Cortés. La oposición de la pareja fue reportada por el 6,4% y 7,4% indicó porque quería tener un hijo.
- *Uso actual de anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas.* Entre las sexualmente activas independientemente de su estado marital/unión (unidas y no unidas) al momento de la encuesta (1.452) también se registra una baja tasa de uso de anticonceptivos modernos, alcanzando el 35% en Cortés, 36% en Francisco Morazán y 41% en Olancho.⁴ La proporción de adolescentes de 15-19 años unidas que reportaron

³ Para este análisis sólo se han tomado como casos todas las mujeres de 15 a 19 años que respondieron afirmativamente haber tenido al menos una relación sexual al momento de la entrevista, es decir, representa una prevalencia puntual de actividad sexual en los meses del trabajo de campo en el periodo 2011-12, es decir, al momento del trabajo de campo de la ENDESA. Los porcentajes presentados se calculan en base a las adolescentes sexualmente activas en dicho momento. De las 5.042 adolescentes de 15-19 años que respondieron a dicha pregunta, el 37,6% (n=1.895) han afirmado haber tenido al menos una relación sexual al momento de la entrevista. Los porcentajes desagregados por departamento se calculan en base a estos datos puntuales.

⁴ De acuerdo al tipo de desagregación que se realice cambian los denominadores (las N) y generalmente cuanto más grande las N, más pequeño el porcentaje. El informe de la ENDESA 2011-12 Honduras presenta las tablas de todas las mujeres de 15-19 años primero, incluyendo a las unidas, no unidas inclusive las que no tuvieron sexo, por eso el % es solo del 14% (N=5.062). Luego hacen una primera desagregación por unión (Todas que actualmente están unidas) por lo que la N baja hasta 1.144. Si de esas luego solo se consideran las sexualmente activas pero sin unión actual la N es

estar usando un método anticonceptivo al momento de la encuesta a nivel nacional fue 49.4% y entre las no unidas sexualmente activas fue 54%.

Acceso y utilización de servicios de salud sexual y reproductiva

- *Prueba de VIH.* Entre las adolescentes sexualmente activas, la proporción que se ha realizado alguna vez el test de VIH es de 42% en Olancho, 47% en Cortés y 55% en Francisco Morazán.
- *Citología vaginal.* El 9% en Cortés, 12% en Francisco Morazán y 16% en Olancho las adolescentes se han realizado alguna vez una citología vaginal.
- *Uso de servicios de salud.* En el último año casi la mitad de las adolescentes han accedido a servicios de salud: en Cortés (47%), Olancho (48%) y Francisco Morazán (50%). Las razones principales a nivel nacional para no utilizar los servicios de salud son: no querer ir sola (49%), conseguir dinero para el tratamiento (47%), lejanía del servicio (39%), y conseguir permiso (16%).
- *Acceso a información en servicios de salud sobre otros métodos anticonceptivos.* El 33% de las adolescentes de Cortés y Francisco Morazán y el 25% de las de Olancho afirman que los proveedores de salud le han hablado sobre otros métodos de planificación familiar.
- *Mortalidad materna en adolescentes.* En el 2010, la SESAL realizó una búsqueda activa de mujeres en edad fértil fallecidas en 2010 (metodología RAMOS), que dio por resultado una tasa de mortalidad materna de 74 por 100.000 nacidos vivos en 2010. El 28,4% de la mortalidad ocurrió entre los 15 y 19 años.⁵ Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 y 24 años de edad en Honduras y Paraguay. En varios países de la región, estas causas siguen estando entre las cinco principales para este mismo grupo.^{6,7}

1.3 Factores asociados al embarazo precoz⁸ - ENDESA 2011-12

- *Área de residencia.* Vivir en zonas urbanas está relacionado con el embarazo precoz. La probabilidad de haber tenido un hijo/a antes de los 18 años es de 1,51 veces más para las mujeres que viven en zonas urbanas en comparación con las rurales.
- *Años de estudio.* La cantidad de años de estudio de la madre está relacionada con el embarazo precoz. Cuanto menos años de estudio tiene la madre, el riesgo de embarazo precoz aumenta.
- *Cohabitación/nupcialidad.* El riesgo mayor es vivir con la pareja que presenta una probabilidad 1,71 mayor a quedar embarazada en relación a estar casada; estar separada presenta una probabilidad de 1,24 veces mayor.
- *Pertenencia étnica.* Sólo para la etnia Misquito se encontró relación con embarazo precoz, siendo la probabilidad 1,38 mayor en comparación a otras etnias.
- *Violencia sexual antes de los 18 años.* La edad del primer abuso sexual está fuertemente relacionada con el embarazo precoz. La probabilidad de embarazo precoz es 3,26 mayor

solo de 214, en tanto ya excluyen a todas las unidas actualmente. El análisis desagregado por departamentos incluyó solo las sexualmente sin discriminar por estado de unión ni ninguna otra variable por lo que la N es diferente (N=1.452) y la prevalencia de uso de métodos modernos del total de las adolescentes sexualmente activas de todo el país es de 34,9%. Sobre esa N y ese porcentaje se hizo la desagregación por departamento, alcanzando el 34,9% a nivel país y por departamento: Cortés, 34,8%; Francisco Morazán 36,3%; Olancho 41,3% y Resto del País 34,3%.

en las mujeres que también fueron abusadas antes de los 18 años en comparación a las mujeres abusadas luego de esa edad.

- *Adherencia a normas de género.* Estar de acuerdo con las normas de género que justifican la violencia contra las mujeres constituye un factor de riesgo para el embarazo precoz.

1.4 Violencia contra las adolescentes y patrones de búsqueda de ayuda

El 14.7% de las adolescentes a nivel nacional reportaron que han sido alguna vez golpeadas o maltratadas físicamente por alguna persona desde los 15 años por cualquier persona, y entre las alguna vez unidas, el 25.1% ha experimentado violencia psicológica y el 16.4% violencia física o sexual en los últimos 12 meses por parte del esposo/compañero. Igualmente, entre el 3,5 y 6,4% han sido forzadas a un acto sexual alguna vez. Por otro lado, entre el 33 y 64% de las adolescentes han sido golpeadas por personas diferentes de sus parejas en el último año, siendo en Olancho la región con mayor proporción de adolescentes agredidas físicamente (64,2%). De las que han sufrido algún tipo de violencia, en Olancho el 45% buscó ayuda, en Francisco Morazán el 37% y en Cortés un 43%. La mayoría de las adolescentes sobrevivientes de alguna forma de violencia buscó ayuda en su entorno familiar, alcanzando el 29,3% en Cortés, 31,4% en Francisco Morazán, 24,1% en Olancho y 32,4% en el Resto del país. Entre las instituciones de atención y protección contra la violencia, la Policía y la Fiscalía de la Mujer registran los porcentajes más elevados de utilización por parte de las adolescentes, de apenas 5,2%. El resto de las instituciones no alcanzó un porcentaje mayor al 3,4% en ninguna de las áreas geográficas analizadas.

Cabe destacar que la violencia y la pobreza son factores asociados a la migración irregular de adolescentes en Honduras así como en El Salvador y Guatemala. En el estudio con una muestra de 240 mujeres y niñas/adolescentes (13-19 años) titulado “Aproximación a la situación de violencia contra las mujeres y niñas migrantes de los países del Triángulo Norte”, el 70% de las mujeres adultas reportaron su decisión de migrar hacia los EUA para mejorar su situación económica, el 18% para escapar de la violencia generada por el crimen organizado (maras y narcotráfico), el 7,5% por reunificación familiar y el 4,5% para escapar de la violencia intrafamiliar. En el caso de las niñas, las tres razones principales fueron la reunificación familiar (36,7%), la pobreza (31,7%) y la violencia causada por el crimen organizado (22.5%).⁹

1.5. Salud mental de las y los adolescentes

La depresión constituye la primera causa de consulta de los adolescentes a los servicios de salud. Entre estudiantes del nivel básico y diversificado (12 años o menos y 16 ó mas) el 22% de mujeres y 12% de varones de 13-15 años de 7-9 grados intentó suicidarse una o más veces en el último año. El 14.3% de las chicas y el 6.7% de los chicos reportó que la mayoría de las veces o siempre se sentía solo durante los últimos 12 meses mientras que el 7.5% y 6.2% respectivamente indicó que no tenía amigos cercanos.¹⁰ En términos de los patrones de utilización de servicios, los adolescentes demandan atención por trastornos depresivos, intento de suicidio y abuso sexual. Las mujeres son más afectadas por trastornos depresivos y son las usuarias más frecuentes de los servicios de salud; dos tercios de atenciones de los hospitales psiquiátricos en consulta externa corresponden a mujeres. En tanto que los hombres se ven afectados por trastornos psiquiátricos y alcoholismo, y registran una tasa de suicidios, homicidios y accidentes mucho más alta que las mujeres.¹¹ De todos los usuarios atendidos a este nivel, el 75% son mujeres y el 8% son niños o adolescentes. Los usuarios atendidos en

establecimientos ambulatorios son diagnosticados principalmente con trastornos del estado de ánimo o afectivo (42%) y con otros trastornos, el 30% (epilepsia, trastornos mentales orgánicos, etc.).¹² En el 2015, el grupo etario que mayor incidencia reportó fueron los jóvenes de 20 a 24 años con 50 víctimas hombres y 14 mujeres que representan el 19.4% de suicidios.¹³

1.6 Respuestas sociales a las necesidades de desarrollo integral y salud sexual y reproductiva de las adolescentes

- *Políticas y normas.* El país cuenta con instrumentos de políticas públicas entre las que cabe destacar la Política Nacional de Salud sexual y Reproductiva, 2016; Política Nacional de la Juventud 2010- 2014¹⁴ que incorpora entre sus ejes la salud integral y protección social contra la violencia y la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras (2012)¹⁵. Igualmente, se dispone de la Política Nacional de Prevención de Violencia hacia la Niñez y Juventud (2013) y la Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar (2012)¹⁶ incluye medidas específicas para la provisión de servicios e insumos a adolescentes. Se cuenta con el Protocolo de Recepción, Atención Inmediata, Referencia y Albergue de niñas, niños y adolescentes (NNA) Migrantes Retornados y Deportados, mientras que el Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en salud impulsado por la SESAL se encuentra actualmente en proceso de elaboración.
- *Educación Integral en Sexualidad.* La Secretaría de Educación (SEDUC) diseñó las Guías metodológicas para docentes de los ciclos de Educación Pre Básica, Educación Básica I (1-3 grados) y Educación Básica II (4-6 grados) y Educación Básica III (7-9 grados) y para su implementación desarrolla actividades sobre con docentes, estudiantes, madres y padres, aunque éstas intervenciones no tiene cobertura universal. Igualmente, otras instituciones gubernamentales como la Dirección de Juventud (DIJUVE) y el Programa Nacional de Prevención (PNP) y organizaciones no gubernamentales (Organización Panamericana de Mercadeo Social/PASMO, ASHONPLAFA) también implementan actividades sobre Educación Integral de la Sexualidad (EIS), SSR y/o prevención de embarazo adolescente.
- *Servicios de SSR para adolescentes.* El país cuenta con 58 Servicios amigables para adolescentes (SSAA) 50 a cargo de la SESAL y 8 en centros educativos (SEDUC) a nivel nacional en los que se provee servicios e insumos de planificación familiar, prevención de ITS/VIH, atención a la violencia, paquetes de servicios, prevención del suicidio. Igualmente, el Hospital Escuela de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras a través de la Clínica de madres adolescentes atiende a adolescentes de 12-19 años y ofrece servicios de ginecología, planificación familiar, psicología, educación sexual, consejería, relaciones de pareja, violencia sexual y en la familia. ASHONPLAFA con servicios de planificación familiar, ITS/VIH, ginecología, violencia en el noviazgo y familiar, y autoestima.
- *Habilidades para la vida.* La mayoría de las intervenciones con adolescentes indican incorporar algún tipo de acción en torno al desarrollo de habilidades para la vida, aunque con metodologías, contenidos y alcances diferentes. Cabe resaltar proyectos con énfasis en habilidades para la vida desarrollados por PASMO “Jóvenes Saludables” y “Chicas en Conexión” que incluyen un enfoque en el empoderamiento de las niñas y mujeres jóvenes; y las estrategias de los Centros de Alcance que incluyen componentes

como proyecto de vida, uso creativo del tiempo libre, formación de virtudes y valores, refuerzo escolar y homologación, y voluntariado. Igualmente, se destacan las acciones de COMVIDA que incorporan actividades educativas y artísticas, talleres “Soñar mi vida”, teatro, mimo, metodología de joven a joven, prevención de embarazo; el Programa Retorno a la alegría desarrollado por las municipalidades incluye la reconstrucción del optimismo, la pro-actividad, la confianza, la esperanza y la alegría de vivir propia de los niños y niñas; y el DINAF incorpora estrategias de manejo de conflicto en su trabajo con niñas, niños y adolescentes. Asimismo, Go Joven trabaja en el fortalecimiento de la acción colectiva de adolescentes y jóvenes a través de la formación de jóvenes líderes en SSR y derechos sexuales y reproductivos (DSR), la participación en la plataforma nacional de jóvenes, y como miembros de la Mesa Técnica de la Estrategia Nacional de EA.

- *Apoyo al entorno familiar y comunitario.* Existen iniciativas como el Programa Familias Fuertes impulsado por el DINAF y Programa Nacional de Prevención (PNP), las intervenciones en educación sexual para madres y padres de SEDUC y las redes de prevención de violencia en centros educativos: Familias construyendo paz. También existen servicios para poblaciones específicas en algunos departamentos como el Centro de Atención para Niñez y Familias Migrantes Belén en San Pedro Sula, coordinado por DINAF el cual, además de atención en salud y apoyo emocional incorpora el Bono 10,000 y estrategias acceso a empleo para adolescentes y sus familias. Grupos comunitarios y asociaciones de madres y padres de las escuelas también ejecutan acciones para fortalecer el rol de las familias y las comunidades en temas clave para el desarrollo de las y los adolescentes.
- *Protección de derechos de niñas, niños y adolescentes de 0-18 años.* DINAF cuenta con programas permanentes de protección de derechos, consolidación familiar, justicia penal especial y migración y sustracción internacional de NNA.
- *Capacitación técnica-vocacional.* El Instituto Nacional de Formación Profesional (INFOP) capacita para adolescentes y jóvenes a través de distintas modalidades, entre las que se incluyen el programa “INFOP en mi Barrio” que lleva la instrucción hasta los hogares, facilitando de esta forma que las y los jóvenes, amas de casa y otros grupos de población tengan acceso a cursos básicos sin tener que salir de su vecindario.¹⁷

Retos en las respuestas sociales

Políticas y programas. El país cuenta con un marco legal que establece políticas, programas e intervenciones dirigidas al desarrollo integral de adolescentes y jóvenes. También dispone de iniciativas sectoriales que abordan temas congruentes con la evidencia científica sobre qué funciona para lograr este fin, incluyendo la SSR integral y la reducción del EA, la prevención de la violencia, el acceso a la educación y el fortalecimiento de la participación social. Sin embargo, las intervenciones tienen todavía una limitada cobertura poblacional y geográfica, funcionan de manera desarticulada con un enfoque sumativo de acciones más que de integración estratégica y programática que establezca combinación de esfuerzos y paquetes integrados de intervenciones.

Recursos financieros y humanos. Algunas intervenciones comunitarias e institucionales son puntuales y asistemáticas debido a falta de recursos financieros y humanos para sostenerlas en

el tiempo. Igualmente, existen mecanismos de coordinación intersectorial en el nivel central y local aunque algunos tienen alcance geográfico limitado y requieren fortalecimiento institucional.

Capacidades humanas e institucionales. Algunos de los recursos humanos de los sectores de educación y de salud pueden requerir capacitación especializada para ejercer sus funciones desde un enfoque que cuestione las normas sociales de género y estereotipos sobre las y los adolescentes, la sexualidad, la maternidad y la paternidad, la violencia contra las niñas y adolescentes y roles de género.¹⁸ Este es aspecto clave para eliminar las barreras institucionales de acceso a servicios y recursos clave para el desarrollo integral de las adolescentes y la prevención de embarazo temprano.

Respuestas comunitarias. El país cuenta con redes de jóvenes funcionando actualmente en distintas comunidades y se han desarrollado algunas iniciativas territoriales para fortalecer estos grupos. No obstante, para enfrentar los problemas que enfrentan específicamente las adolescentes es necesario implementar modelos de promoción comunitaria que aborden de manera concurrente y articulada sus necesidades en las áreas de SSR, prevención del EA, la VCM y la autonomía económica.

Normas culturales sobre sexualidad y roles de género. Los patrones culturales predominantes influyen en las capacidades de las adolescentes para tomar decisiones sobre sus vidas y usar los servicios disponibles. Por ejemplo, la estigmatización de las relaciones sexuales antes del matrimonio para las mujeres adolescentes y la culpabilización de la violencia de la que son objeto, limitan su acceso a servicios de SSR y atención a la VCM. Las normas de género también juegan un rol importante en las opciones de las adolescentes para negociar sexo seguro, el uso del condón y otros métodos de prevención de embarazos e ITS.¹⁹

2. Enfoque del MAA: Fortaleciendo las respuestas institucionales y sociales a las necesidades de las adolescentes desde una perspectiva integral

CM impulsará a través del MAA, otros módulos y la coordinación interinstitucional, intervenciones integrales que respondan a las necesidades de las adolescentes desde una visión positiva que facilite el ejercicio de sus derechos y su desarrollo. Esto implica:

- Colocar a las adolescentes como sujeto pleno de derechos y reforzar los factores protectores, moviéndose más allá de los factores de riesgo del embarazo adolescente, la violencia y la empleabilidad mediante la construcción de ambientes que ayuden a las adolescentes, sus familias y las comunidades a superar los efectos negativos de los factores de riesgo y enfrentar los desafíos que se les presentan en la vida. Esto requiere abordajes que reconozcan las fortalezas y los activos individuales y colectivos para reforzarlos, a la par de reducir los factores de riesgo.^{20,21,22,23} También impone mover el foco de las intervenciones alrededor de lo que “está mal en las adolescentes” hacia lo que hay que hacer para facilitar su desarrollo integral, bienestar y su salud, incluyendo la SSR.^{24,25}

- Desarrollar la autoestima, el autoconocimiento y un sentido de pertenencia de las adolescentes para que puedan contar con las capacidades necesarias para construir planes de vida.²⁶
- Implementar estrategias diferenciadas según grupos de población de adolescentes para responder de manera más efectiva a sus diversas necesidades, reducir las brechas de acceso a recursos, servicios y oportunidades. Esto implica un abordaje diferenciado entre adolescentes escolarizadas y no escolarizadas, las que ya son madres o están embarazadas, las residentes en zonas rurales y urbanas, y en áreas geográficas de alto riesgo (zonas calientes), migrantes retornadas, entre otras pertinentes.
- Utilizar un enfoque integrado de las políticas públicas a través de intervenciones intersectoriales alineadas estratégicamente y ejecutadas de manera concurrente en lugar de un conjunto de programas que resuelven cada problema identificado de manera aislada.
- Garantizar la dotación a las adolescentes de las **habilidades, herramientas y oportunidades** que les permitan lograr un desarrollo positivo.
- Realizar una inversión estratégica adecuada en las adolescentes como medio para generar de manera incremental, respuestas locales oportunas que reduzcan los altos costos humanos, sociales y económicos que producen problemas clave como el embarazo adolescente, uniones tempranas, deserción escolar, trastornos psicológicos, y de esta forma romper el ciclo de la pobreza, la exclusión social y reducir las desigualdades de género.
- Vincular el desarrollo integral de las adolescentes con procesos estructurales como la migración irregular de este grupo de población. El acceso a servicios de SSR, de atención y prevención de la violencia y la capacitación vocacional podría impactar algunos factores de riesgo asociados a la migración de menores, tales como la violencia en la familia, la pobreza y la violencia en la comunidad.
- Garantizar la participación e involucramiento de las adolescentes en su comunidad y fortalecer su sentido de pertenencia con la gente que les rodea y ejercer su derecho a participar en los asuntos que les atañen.

CM implementará un enfoque multinivel con estrategias a nivel individual en el MAA a la par de programas e intervenciones con pares, familias, escuelas y las comunidades, implementadas por el MEC considerando que éstos tienen una influencia significativa en el desarrollo y el bienestar integral de las y los adolescentes, la violencia, la salud, incluyendo la SSR, la educación y empleabilidad; así como en los resultados de las intervenciones en torno a estos problemas.^{27, 28, 29, 30, 31, 32, 33}



El MAA y el resto de los módulos de CM ofrecerán los servicios en concordancia con los estándares internacionales de servicios amigables para las adolescentes garantizando que éstos sean equitativos, accesibles, aceptables, apropiados y efectivos.³⁴

Equitativos	Accesibles	Aceptables	Apropiados	Efectivos
<ul style="list-style-type: none"> Todas las adolescentes, podrán acceder a todos los servicios que necesitan y que están disponibles en CM y las instancias participantes en el MAA. 	<ul style="list-style-type: none"> Las adolescentes podrán acceder a los servicios que se prestarán en CM y se establecerán medidas para eliminar las barreras de acceso económico, geográfico, cultural, social. 	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios se prestarán de una manera que satisfacen las expectativas de las adolescentes, y que son adecuados a los intereses y necesidades de las adolescentes tomando en consideración toda su diversidad. 	<ul style="list-style-type: none"> CM proveerá los servicios que las adolescentes necesitan, considerando sus perspectivas sobre sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios se ofrecerán en forma integral y con calidad, usando la evidencia disponible y harán una contribución positiva a su desarrollo integral, incluyendo su SSR, derecho a una vida libre de violencia y acceso a medios de vida.

3. Objetivos del MAA

General

Promover el desarrollo integral de las mujeres adolescentes por medio de servicios de SSR, capacitación en habilidades para la vida, educación integral en sexualidad, prevención y atención de la VCM y el acceso a la formación y recursos para la generación de ingresos.

Específicos

a. Proveer servicios integrales para las adolescentes, con énfasis en SSR, atención inicial a la violencia y a problemas de salud mental que afectan su desarrollo humano.

b. Desarrollar habilidades sociales, cognitivas y emocionales de las adolescentes para facilitar la ejecución de planes de vida y mejorar su empleabilidad.

c. Desarrollar competencias básicas en las y los adolescentes para la toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre la sexualidad y reproducción que promuevan relaciones de pareja, familiares y sociales equitativas.

4. Principios y consideraciones éticas

Las acciones de las instituciones que integran el MAA deberán garantizar el cumplimiento de los principios comunes aplicables a distintos ámbitos y profesiones, es decir, el respeto por la autonomía, la beneficencia y la justicia.³⁵ Estos tres principios imponen un cambio de actitudes de las y los proveedores de servicios, las familias, las comunidades que apunte a visualizar a las adolescentes como agentes de cambio individual y colectivo, como recursos valiosos, sujetas de derecho e individuos con un potencial enorme para contribuir a su propio desarrollo y la sociedad en su conjunto.

En el proceso de puesta en práctica estos principios será importante considerar que dados los amplios niveles de estigmatización que enfrentan las adolescentes en muchos países de América Latina y el Caribe y, posiblemente en muchos lugares en Honduras, CM deberá incluir medidas para habrán retos sociales, culturales constituyen barreras a la puesta en práctica de estos principios en tanto las mujeres jóvenes tienden a ser percibidas como responsables y protagonistas de las diversas problemáticas que ellas mismas enfrentan así como otras que se registran en las comunidades y las familias.

En el siguiente cuadro se describen las acciones a través de las cuales se ponen en práctica estos principios y enfoques, tomando en cuenta que el proceso de toma de decisiones éticas implica un diálogo abierto y respetuoso con las adolescentes y una adecuada comprensión de los factores sociales, culturales e individuales que influyen en su percepción sobre los temas y los problemas que les afectan. Estas medidas son congruentes con los derechos de las y los adolescentes establecidos en la legislación nacional y por Comité de Derechos del Niño que enfatizan en la privacidad, confidencialidad, la autonomía y consentimiento informado y la participación.

Cuadro 1: Principios y enfoques que rigen el MAA

Principio/Enfoques	Medidas/acciones
No discriminación	<ul style="list-style-type: none">• Brindar servicios de calidad, garantizando un trato justo a todas las adolescentes, sin excluirlas por ninguna condición.• Brindar a todas las adolescentes la misma calidad de atención sin ser estigmatizadas o culpabilizadas por el embarazo precoz, las ITS/VIH, uniones tempranas, la deserción escolar, sus problemas emocionales o de otra índole.
Confidencialidad y privacidad	<ul style="list-style-type: none">• Asegurar la confidencialidad de la información (recogida, usada y archivada) sobre experiencias de vida de las adolescentes, incluyendo en las instancias de referencia interna y externa, respetando normas y procedimientos establecidos dentro de CM, y con previo consentimiento informado.

	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer los servicios en espacios privados y seguros, amigables para las adolescentes.
Autodeterminación	Asegurar la participación de las adolescentes en las decisiones que les atañen, observándose los estándares internacionales sobre la participación real en la toma de decisiones, teniendo en cuenta la promoción de sus mejores intereses. ³⁶
Seguridad y reducción de daños no intencionales a las adolescentes y personal del MAA	<ul style="list-style-type: none"> • Promover e implementar medidas para garantizar la seguridad física y emocional de las adolescentes. • Promover e implementar medidas para asegurar la integridad física y emocional de las proveedoras de los servicios a través programas de autocuidado.
Promover un alto estándar de vida y fortalecimiento de la resiliencia de las adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar servicios de alta calidad, disponibles, con adecuada capacidad resolutive, accesibles, aceptables y sensibles a la diversidad cultural, así como a las necesidades específicas de las adolescentes. • Identificar y apoyar la construcción de planes de vida y el ejercicio de sus derechos, incluyendo los DSR, a una vida libre de violencia, a la educación, el acceso a medios de vida y autonomía económica, la participación y el desarrollo integral.
Atención especializada con recursos humanos con competencias clave	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer servicios especializados y asegurar de forma permanente, procesos de capacitación para garantizar la calidad y pertinencia de los servicios para las adolescentes. • El personal será capacitado para trabajar con las y los adolescentes sin prejuicios y estigmas sobre la sexualidad, estilos de vida u otros aspectos estigmatizantes en el contexto en que viven.

5. Institución coordinadora, modelo de atención e instituciones participantes

5.1 Coordinación

Dado que el MAA enfatiza en la promoción de los derechos y el desarrollo integral de las adolescentes, se propone que la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF) sea la institución gubernamental responsable de la organización y funcionamiento del MAA así como de la coordinación de las acciones intermódulos, de las referencias externas y del trabajo colaborativo con distintas instancias.

5.2 Equipo de Atención Integral. El DINAF estará a cargo de la coordinación y la implementación de los cursos de habilidades para la vida y de Educación Integral en Sexualidad (EIS), y la SESAL será responsable de los servicios de consejería integral en SSR y la atención psicológica. El MAA funciona como un Equipo de Atención Integral (EAI) a las adolescentes compuesto por una coordinadora, una enfermera consejera en SSR, una psicóloga y dos educadoras que ejecutarán estrategias de atención, prevención, educación y desarrollo de capacidades de las adolescentes. Estos recursos humanos darán seguimiento a los procesos de referencia interna y externa que realicen desde sus intervenciones específicas. El personal a

cargo de los servicios brindados a mujeres adolescentes estará especializado y dotado de conocimientos y herramientas psicosociales que estimulen el pensamiento crítico y creativo, propiciando espacios para el desarrollo del aprendizaje experiencial y la aplicación de técnicas para la resolución de conflictos, basadas en metodologías activas de enseñanza que potencien el desarrollo emocional de las jóvenes adolescentes

La colaboración interinstitucional y multidisciplinaria del EAI del MAA incluye, además de ofrecer servicios en un mismo espacio, acciones conjuntas de análisis, intercambio de información, desarrollo de capacidades y autocuidado:

- Análisis de situación de las adolescentes los territorios de influencia, incluyendo los aspectos relacionados con el EA, las uniones tempranas, VCMA, salud mental, factores protectores en familia, escuelas y comunidad así como los cambios en las instancias que ofrecen atención a adolescentes, por ejemplo, en la dotación de SSAA, redes adolescentes y jóvenes, entre otros. Esta información servirá de base para ajustar, en caso necesario, la oferta de servicios, el sistema de referencias, la coordinación territorial así como identificar requerimientos para la actualización del Manual de operación del MAA.
- Adherencia a estándares comunes de atención y actividades educativas, considerando las normas y guías específicas de la SESAL, DINAF, SEDUC u otras instancias pertinentes.
- Intercambio de información sobre las actividades coordinadas entre los distintos servicios del MAA, con otros módulos de CM e instancias externas.
- Análisis conjunto de casos especiales y planificación para su abordaje.
- Capacitación continua especializada, intercambio de experiencias así como buenas prácticas y nuevas evidencias sobre atención amigable a adolescentes. .
- Planificación estratégica anual, reuniones regulares (mensual, quincenal) del MAA así como con las instancias del sistema de referencia interna y externa y con las que se coordinan acciones específicas del MAA.
- Estrategias colectivas de autocuidado y seguridad de las proveedoras de servicios.

El MAA trabajará estrechamente con instancias externas como SEDUC, PNP, Centros de Alcance, ONG de desarrollo social y otras instancias involucradas para la implementación de las intervenciones, incluyendo los cursos de habilidades para la vida y del curso virtual en EIS en CM y las comunidades. A continuación se describen las potenciales acciones conjuntas del MAA con instituciones clave que trabajan con adolescentes:

SEDUC. El MAA coordinará el diseño, implementación, monitoreo y evaluación del curso virtual sobre EIS en colaboración con la SEDUC. Este curso se implementará en las escuelas, en los CCM e instancias comunitarias. Las jornadas en las escuelas estarán alineadas con las actividades del currículo y el horario regular de clases. Se capacitará a las y los docentes así como al personal del centro de cómputos de los centros educativos en los contenidos, métodos del curso y estrategias tutoriales para apoyar a las y los adolescentes en el desarrollo del mismo. También se trabajará conjuntamente con SEDUC para implementar estrategias que garanticen la participación de las adolescentes en los cursos de habilidades para la vida que se ofrecerán en las comunidades y en los CCM.

PNP, Centros de Alcance, DIJUVE y ONG. Se coordinarán acciones para alcanzar a las adolescentes no escolarizadas y escolarizadas desarrollar conjuntas estrategias para implementar los cursos de habilidades para la vida a nivel comunitario, así como el curso de EIS,

en los casos pertinentes. Igualmente, estas instancias apoyarán las acciones coordinadas del MAA y el MAE para aumentar el acceso de las adolescentes no escolarizadas y escolarizadas a capacitación, nivelación académica, becas, pasantías laborales y otros recursos que favorezcan su acceso a la educación, mejoren su empleabilidad y capacidad para generar ingresos en el futuro. Entre sus responsabilidades se incluyen la diseminación de convocatorias, uso de sus instalaciones para el desarrollo de las actividades, facilitación de transporte de las adolescentes, seguimiento a la participación de adolescentes miembros de estas organizaciones, entre otros. Particularmente con DIJUVE se coordinarán acciones para facilitar el acceso a becas y ayudas para las adolescentes así como la movilización de adolescentes y jóvenes, en los casos requeridos.

Asimismo, el MAA trabajará con mecanismos de coordinación territorial existentes tales como la mesas locales de protección de NNA, asociaciones de padres de familia, redes de ONG, entre otros para garantizar su apoyo a las actividades antes mencionadas y utilización de recursos institucionales para la promoción de las mismas a nivel territorial.

5.3 Modelo de atención

El modelo de atención del MAA y las intervenciones intermódulos de CM contribuye a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras y está alineada con las normas nacionales de planificación familiar de SESAL y las guías de Educación Integral en Sexualidad de SEDUC.

Tipo de servicio amigable. El MAA está organizado como un servicio amigable para las adolescentes que cuenta con espacio físico independiente y dedicado exclusivamente a la atención de este grupo poblacional con una adaptación de la infraestructura e intervenciones a su cultura, preferencias y disponibilidad de tiempo. Ofrece consejería integral en SSR, atención psicológica, cursos de habilidades para la vida y un curso virtual sobre EIS. Al mismo tiempo, articula con los otros módulos de CM: con el MVCM para la referencia a los servicios de atención a distintas formas de violencia contra las adolescentes, con el MSSR para la oferta complementaria de servicios de SSR, con el MAE para la capacitación vocacional, nivelación académica, asistencia técnica para emprendedurismo; y con el MEC para la alineación temática en lo relativo a los programas del MEC sobre promoción comunitaria con adolescentes, madres, padres y otros adultos en la comunidad. La efectividad del MAA descansa en la capacidad de garantizar que la mayoría de adolescentes que entran al módulo, independientemente de la puerta de entrada (otros módulos de CM, referencia externa) reciban los servicios de consejería y apoyo psicológico así como que participen en los cursos de habilidades para la vida y EIS.

Servicios y estrategias priorizados. La mayoría de las intervenciones del MAA y las estrategias intermódulos que las complementan han sido seleccionadas tomando en cuenta las buenas prácticas a nivel mundial que producen cambios en factores de riesgo del EA y determinantes intermedios de problemas clave de SSR, al tiempo que fortalecen factores protectores. Entre éstas se incluyen: i) Desarrollar capacidades a través del conocimiento sobre sexualidad y SSR, ii) Desarrollo de oportunidades a través del acceso a servicios de cuidado de la SSR, iii) Desarrollar oportunidades para madres adolescentes a través de servicios sociales, iv) Desarrollar agencia y empoderamiento a través del desarrollo de habilidades para la vida; y v) Desarrollar agencia a través del apoyo del entorno familiar y comunitario de las jóvenes.³⁷

Los servicios de atención psicológica constituyen una respuesta a la alta prevalencia de problemas de salud mental que enfrentan las adolescentes en Honduras pero también a la evidencia sobre sus vínculos con la SSR y el desarrollo integral. Estos problemas pueden desarrollarse como consecuencia de situaciones o eventos de SSR incluyendo la falta de opciones reproductivas, embarazos no deseados, aborto inseguro y/o espontáneo, ITS/VIH, muerte neonatal, y tienden a empeorar cuando se interconectan con otros problemas de salud como la mala nutrición. La salud mental también se asocia con factores sociales como la carga de trabajo doméstico y cuidado de los y las hijos, la pobreza, violencia en distintas formas y la ausencia de factores protectores como la participación social y poder para la toma de decisiones, así como de logros educativos.^{38, 39}

En congruencia con el enfoque del MAA que combina el desarrollo de capacidades y habilidades con la canalización de oportunidades, se coordinarán acciones con el MAE para garantizar el acceso de las adolescentes escolarizadas y no escolarizadas a la capacitación vocacional, continuidad de la educación (becas) y acceso a empleo, apoyo microempresarial y crédito tomando en cuenta la legislación nacional. Igualmente, trabajará conjuntamente con el MEC para promover los servicios del MAA y desarrollar los cursos de habilidades para la vida y los cursos de EIS en las comunidades en el marco de los programas comunitarios de dicho módulo.

La implementación de los servicios y las intervenciones priorizadas requerirá el desarrollo de herramientas educativas y estrategias educo-comunicacionales adecuadas a los intereses y necesidades de las adolescentes, por medio de herramientas virtuales y el uso del arte y otros medios de transformación social.

El MAA apunta a una atención integral de las adolescentes y su entorno y con una alta intensidad en el tratamiento. Se desarrollarán estrategias para garantizar que tanto las adolescentes escolarizadas como no escolarizadas reciban los cursos de habilidades, EIS; y que accedan, según necesidades, a los servicios en consejería integral en SSR y atención psicológica. Para potencializar el impacto de estos servicios, los programas del MEC se centrarán en la movilización comunitaria y promoción de la igualdad de género con adolescentes (mujeres y hombres) así como con padres y madres y otros adultos. Considerando la influencia de éstos en las decisiones de las adolescentes y su acceso a servicios y recursos de SSR, en la estrategia de inducción de demanda de servicios por parte de las adolescentes, se incluirán acciones para reducir la oposición de padres y madres y otros adultos a algunas de las intervenciones del MAA tales como el suministro de anticonceptivos, la EIS, la promoción de la igualdad de género y de los derechos de las adolescentes.

Para fomentar la utilización de los servicios del MAA, CM desarrollará una estrategia de inducción de demanda de servicios con mensajes dirigidos a distintos grupos de población de adolescentes, adultos y pares que influyen en los patrones de acceso y utilización de las adolescentes. Por su parte, los centros educativos jugarán un rol clave para alcanzar a las adolescentes escolarizadas mientras que las instancias gubernamentales locales y organizaciones comunitarias y ONG apoyarán el trabajo con las no-escolarizadas. En ambos casos, la estrategia de captura de usuarias privilegia a un grupo de adolescentes en un territorio relativamente cercano.

Igualmente, se adaptarán las intervenciones del MAA a poblaciones con bajo nivel educativo ya que muchas adolescentes han abandonado la escuela sin haber completado la educación básica, y en algunos casos, sus padres/madres no saben leer ni escribir

Perfil de las usuarias del MAA. (10 A 19) Los cursos de habilidades para la vida y EIS se ofrecerán en coordinación con instancias comunitarias que trabajen con adolescentes insertas en el sistema educativo y las no escolarizadas, tales como SEDUC, PNP, DIJUVE, SESAL, INFOP, Centros de Alcance, COMVIDA, grupos de mujeres y de adolescentes, ONG. Por su parte, la consejería en SSR y apoyo psicológico se ofrecerán a adolescentes en general que llegan a través de demanda espontánea o referencias internas y externas, así como a las participantes de los cursos de habilidades para la vida y EIS. Los servicios y cursos del MAA están diseñados para ser brindados a adolescentes en toda su diversidad, incluyendo afrodescendientes, indígenas, migrantes retornadas, rurales, urbanas, LGTBI, con discapacidad, u otras. Considerando que la reducción del embarazo adolescente significa también disminuir la reincidencia en la maternidad entre las adolescentes que ya son madres o están embarazadas⁴⁰, se desarrollarán estrategias de intervención con este grupo poblacional. Considerando estos perfiles, las usuarias del MAA se podrían clasificar en dos grupos con características sociodemográficas comunes y diferenciadas que se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2: Características del perfil sociodemográfico de las usuarias del MAA

Adolescentes embarazadas y/o que ya son madres o están fuera del sistema escolar	Adolescentes insertas en el sistema educativo formal
<ul style="list-style-type: none"> • Limitados recursos financieros y dependencia económica de la pareja o familiares. • Una tercera parte o más en unión o relación de cohabitación, con proporciones más elevadas entre las residentes en zona rural. • Alrededor del 60% con 5 años o menos de estudio, con brechas significativas según residencia urbano rural. • Residentes en su mayoría en zona urbana, con excepción de las de Olancho. • Limitada conexión con espacios institucionalizados (servicios/programas gubernamentales) o redes comunitarias (grupos de jóvenes, asociaciones locales). • Bajo acceso a protección social • Responsables del cuidado de hijas e hijos, las tareas del hogar y posiblemente otros familiares. • Reducido acceso a recursos para uso creativo del tiempo libre. • Una importante proporción tiene acceso a teléfono móvil, radio y TV. • Limitadas opciones para desarrollar planes de vida, desarrollar habilidades para el empleo y de acceder a oportunidades para la 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitados recursos financieros y dependencia económica, principalmente de familiares. • Una importante proporción con relaciones de pareja (noviazgo u otro) causal o estable, sin cohabitación. • Estudiando actualmente con al menos 7 años o más de estudio. • Residentes en su mayoría en zona urbana, con excepción de las de Olancho. • Bajo acceso a protección social. • Responsables del cuidado de hermanas/os y de tareas del hogar seleccionadas. • Reducido acceso a recursos para uso creativo del tiempo libre. • Una importante proporción tiene acceso a teléfono móvil, radio y TV.

generación de ingresos.	
-------------------------	--

Infraestructura. El espacio de MAA estará separado de los otros módulos y los espacios de atención cumplirán con condiciones de privacidad, y que sean agradables para las adolescentes. Incluirá dos consultorios para atención individual, uno para la consejería integral en SSR y otro para la asistencia psicológica. Dispondrá de una sala para los cursos de habilidades para la vida y EIS, reuniones grupales con las adolescentes, terapias y/o grupos de apoyo u otras actividades.

La sala de espera del MAA será habilitada de forma atrayente para las adolescentes como una sala de usos múltiples. Este espacio se utilizará para realizar actividades educativas de corta duración, disseminación de información impresa sobre SSR, violencia, autonomía económica, derechos de las adolescentes, estilos de vida saludables, servicios, programas para adolescentes disponibles fuera de CM, eventos territoriales u otros. Contará con un buzón de sugerencias acompañado de una encuesta breve a usuarias. En la sala de espera de registro y orientación del CM así como en la del MAA se dispondrá de información sobre los servicios ofrecidos y horarios. Las áreas de atención contarán con espacio suficiente para garantizar la participación de acompañantes de adolescentes con discapacidad motora que así lo requieran. Adicionalmente, los RRHH del MAA dispondrán de una sala para reuniones del EAI, con una pequeña biblioteca con documentos clave para su trabajo (leyes, normas, manuales, material educativo, etc.) y equipo de computación.

Horario Tomando en cuenta la disponibilidad de tiempo de las adolescentes que están dentro y fuera del sistema educativo y las que trabajan, se deberá considerar un horario vespertino extendido para todos los servicios del MAA y durante los fines de semana para las actividades grupales (cursos, reuniones). El establecimiento de estos horarios tomará en consideración la dotación de recursos humanos y las implicaciones de gestión de los CCM para acciones como el proceso de registro y orientación de las usuarias, accesibilidad a distintas áreas de las instalaciones, entre otros.

Turnos. Los servicios de consejería integral en SSR y el apoyo psicológico serán ofrecidos mediante turnos programados y turnos por demanda espontánea. Las jornadas de los cursos de habilidades para la vida serán programadas con instancias comunitarias y otras pertinentes.

Condiciones programáticas. La efectiva implementación de las intervenciones del MAA requiere de condiciones programáticas clave, establecidas en estándares internacionales de servicios para adolescentes:

- Apropiación por parte del personal del CM, de todas las instancias participantes y colaboradoras, acompañado del apoyo de tomadores de decisión en los niveles nacional y territorial de las estrategias del MAA.
- Promoción y apoyo a políticas públicas que sustenten las estrategias programáticas del MAA.
- Adopción y monitoreo de estándares de calidad de servicios para adolescentes en el MAA, el resto de los módulos de CM, y en todas las instancias participantes/colaboradoras.
- Disponibilidad de guías, manuales, material informativo y de capacitación, que sirvan de base para la toma de decisiones y el desarrollo del trabajo con las y los adolescentes.

- Realizar análisis continuo de información sobre las y los adolescentes en los territorios de intervención con miras a ajustar periódicamente los componentes necesarios y responder de manera oportuna a sus necesidades así como a problemas emergentes.
- El personal del MAA y CM en su conjunto deberá contar con competencias básicas para atender adecuadamente a las adolescentes, en congruencia con estándares nacionales e internacionales de atención. Esto incluye capacitación continua del personal y manejo de buenas prácticas en el abordaje de las necesidades de las adolescentes en toda su diversidad.
- Contar con asignación presupuestaria para ejecutar las intervenciones del MAA de manera sostenible y asegurar la provisión de paquete integral de servicios, con una dotación continua de los insumos requeridos.
- Establecer mecanismos de participación de las adolescentes en los procesos del MAA, incluyendo el diseño, implementación y evaluación de programas e intervenciones..⁴¹
- Establecimiento de sólidas alianzas con las comunidades, incluyendo grupos comunitarios, redes de jóvenes, ONG, mecanismos de coordinación interinstitucional y gobiernos locales.

5.4 Oferta de servicios

Los contenidos y acciones incluidas en los cuatro componentes del MAA están basadas en las medidas establecidas en la legislación nacional, las normas vigentes, los estándares internacionales y las lecciones aprendidas de programas basados en evidencia.⁴²

Cuadro 3: Oferta de servicios y componentes clave

Servicio/Programa e instancia responsable	Componentes
Consejería integral en SSR Enfermera de SESAL	Planificación familiar, embarazo, ITS/VIH, sexualidad, prevención de cáncer de cérvix y de mama; y provisión de métodos anticonceptivos.
Atención psicológica Psicóloga de SESAL	Prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de trastornos de conducta, y prevención de problemas de salud mental asociados al embarazo en la adolescencia, prevención y detección de casos de abuso sexual y violencia de pareja; y asesoría en relaciones de pareja.
Curso sobre habilidades para la vida Educadora del DINAF	Habilidades sociales, cognitivas y de manejo de emociones y sentimientos; empoderamiento y relaciones de pareja saludables, incluyendo el fomento de relaciones de pareja igualitarias y saludables, control de la violencia y reducción de riesgos; y habilidades básicas para el mundo laboral y desarrollo de planes de vida.
Curso virtual en EIS Educadora del DINAF	Estrategias educativas virtuales para aumentar conocimientos y promover cambio de actitudes en torno los temas priorizados en las guías de EIS de SEDUC: sexo, sexualidad, embarazo, anticonceptivos, ITS/VIH, paternidad y maternidad responsable y plan de vida. * Se proponen dos temas adicionales: i) violencia de género por su impacto en la SSR, incluyendo el EA; y ii) derechos sexuales y reproductivos en congruencia con el enfoque de derechos que sustenta el MAA.

Voces de las adolescentes

Propuestas de las adolescentes servicios prioritarios a ofrecer en CM

- **SSR:** Información sobre anticonceptivos, provisión de métodos de planificación familiar, servicios de ginecología, consultas para embarazadas, prevención de abortos, cuidado/prevención de enfermedades, pediatría, cuidado de los/as bebés, sala de parto, medicamentos y vitaminas, servicios de laboratorio y ultrasonido.
- **VCMA:** Información sobre violencia sexual, consejos sobre la VCM
- **Trabajo y educación:** apoyo a madres jóvenes para acceder al trabajo, capacitación para las mujeres jóvenes.
- **Salud mental:** Apoyo psicológico, relajación, soporte emocional para estados depresivos “Que la joven que entre a Ciudad Mujer no salga llorando, que salga riéndose”.
- **Información, educación, orientación:** Consejería, actividades educativas, educación en sexualidad, embarazo, leyes y derechos de las adolescentes embarazadas.
- **Cuidado infantil:** Sala cuna, juegos infantiles, parque de diversión infantil durante las horas de uso de los servicios de CM.
- **Actividades deportivas:** para embarazadas y no embarazadas, deportes para adolescentes (mujeres y hombres).

Fuente: K Najarro, A Fajardo, J Rodríguez y D Luciano. Resultados de grupos focales con adolescentes de Juticalpa, San Pedro Sula y Tegucigalpa. Abril 2016

6. Procedimientos

Los procedimientos que se describen a continuación son de carácter general ya que para las cuatro intervenciones del MAA se desarrollarán manuales y guías que detallarán los pasos y componentes técnicos de cada una. En cuanto al instrumento de registro de información general de las usuarias, en la consejería en SSR y la asistencia psicológica se utilizará la Historia Clínica del Adolescente de la SESAL que recoge información sobre antecedentes personales y familiares, educación, trabajo, vida social, hábitos, aspectos ginecológicos, sexualidad y situación psicoemocional. En los casos requeridos, el examen físico se realizará en el MSSR.

6.1 Ingreso de adolescentes al MAA

Las adolescentes pueden llegar al MAA por demanda espontánea, a través de referencia de otras instancias fuera de CM, identificadas en cualquiera de los módulos de CM, desde instancias comunitarias, escuelas u otras. Todas deberán ingresar a través del área de registro y orientación y cada proveedora de servicios del MAA, incluyendo las educadoras, dará seguimiento a las usuarias incluyendo los casos referidos internamente en CM así como las referencias externas. Esto implica la revisión las atenciones recibidas por cada usuaria en el sistema de información de referencias que incluye un resumen del caso, proveedor/a que refirió y que recibió a la usuaria, servicio provisto, si se completó el seguimiento solicitado. Los casos de emergencia serán clasificados según tipo de problema. Las emergencias vinculadas al embarazo u otros problemas de SSR serán direccionadas al MSSR, en donde se clasificará el nivel de riesgo y tipo y procederá con la atención inicial y las referencias correspondientes. Las emergencia relacionados con la violencia particularmente los de violencia sexual y violencia

física reciente, crisis emocional y/o riesgo inminente de seguridad para adolescente, serán atendidas directamente por el MVCAM siguiendo los procedimientos de atención inicial de urgencia y la referencia de la usuaria a las instancias pertinentes.

Cuadro 4: Ingreso de las adolescentes al MAA y el resto de los módulos de CM

Responsable	Actividad	Evidencia
Usuaría	Ingreso en los CCM por una necesidad en materia de consejería, apoyo psicológico, cursos de habilidades para la vida y EIS, SSR, VCM ó AE.	Verificación en el expediente que se etiqueta como demanda espontánea.
Instituciones del sistema de referencia externa, incluyendo centros educativos, SSAA, grupos comunitarios,	Realizar referencia documentada para el ingreso de la adolescente en los CCM por una necesidad de servicios hacia el MAA o cualquiera del resto de los módulos de CM.	Hoja de referencia de las instituciones participantes en el sistema de referencia.
Instancias pertinentes de los módulos de CM por medio de referencias internas: MSSR, MVCAM, MAE, MEC, MAI.	Orientación y derivación de usuarias.	Hoja de referencia interna
Orientadora del CCM	Identifica con la adolescente sus necesidades de atención en el MAA o cualquiera del resto de los módulos de CM.	Ficha de registro de Orientación

6.2 Consejería integral en SSR

La oferta de este servicio se enmarca en las medidas establecidas en las “Normas y procedimientos de atención para planificación familiar, climaterio/menopausia, infertilidad” de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad. En el ítem sobre anticoncepción en la adolescencia la Norma 2: Información y entrega de métodos anticonceptivos, establece que los métodos anticonceptivos deberán ser promovidos en toda unidad de salud para que los usuarios adolescentes que los soliciten de manera espontánea o cuando sean referidos; y que se debe brindar la atención en un lugar privado donde no puedan ser vistos o escuchados por terceras personas. Igualmente, para la consejería en torno al VIH la normativa vigente.

*Atención según perfil de demanda/Tipo de usuarias y escenarios:*⁴³

- Adolescentes mujeres entre (10-14)(15 y 19 años)
- Adolescentes referidas desde otros módulos del CCM, instancias de redes de referencia, SSAA, escuelas, grupos comunitarios u otros.
- Adolescentes que tengan la intención de iniciar o mantener relaciones sexuales.
- Adolescentes que deseen elegir un método anticonceptivo o usar preservativos.

- Adolescentes en las que se detecte conductas de riesgo para el ejercicio de su sexualidad en cursos de habilidades para la vida, curso virtual en EIS, atención psicológica u otros módulos de CM.
- Adolescentes que no han iniciado actividad sexual no tienen intención de cambiar su conducta y/o sin riesgo aparente en SSR.
- Adolescentes con experiencias de violencia sexual, violencia por la pareja u otro tipo de violencia. También se atenderán adolescentes migrantes retornadas que han experimentado violencia en el marco del proceso migratorio, en coordinación con el MVCM.
- Adolescentes con dudas sobre desarrollo puberal y ciclo menstrual.
- Adolescentes que presentan dudas sobre su orientación sexual o identidad de género.

Para cada uno de estos perfiles y escenarios se establecerán objetivos de consejería y lineamientos para su desarrollo así como la información e insumos a entregar. También se considerarán las necesidades específicas de las escolarizadas y no escolarizadas, las que ya son madres y/o están embarazadas y las que no. Se coordinará con el MSSR la referencia de las adolescentes que asistan a dicho módulo para que sean direccionadas a la consejería del MAA, según el caso, para la atención al embarazo, pruebas de laboratorio, radiología, ultrasonografía, dispensa de medicamentos, u otros. Los casos de violencia detectados en la consejería serán remitidos al MVCM.

Duración, número de sesiones, estrategias y fases. Tendrán una duración de 30 minutos, con un promedio de 2-5 sesiones por cada adolescente. La cantidad de sesiones no solo dependerá de las necesidades de la adolescente pero también del análisis de las limitaciones de tiempo de las adolescentes que ya son madres y/o son responsables del cuidado de otros niños, familiares, de carga de otras tareas domésticas y comunitarias, el trabajo remunerado, así como las barreras de acceso geográfico y de costos de transporte. Se utilizarán estrategias de entrevista motivacional y teorías conductuales que explican los cambios de comportamiento, estableciendo intervenciones diferenciadas a partir de un diagnóstico previo sobre la intención de conducta sexual, de la conducta sexual y del riesgo. Se contará con una guía de entrevista para la consejería que complementará la Historia Clínica del Adolescente de la SESAL. El procedimiento de consejería integral en SSR incluirá cinco pasos, descritos en el siguiente cuadro:^{44, 45, 46}

Cuadro 5: Fases de la consejería integral en SSR de CM Honduras

Fase	Componentes
1. Entrevista inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración sobre necesidades e intereses de la adolescente en general así como evaluación rápida de nivel de conocimiento sobre temas clave. • Examen de fortalezas (capacidades, habilidades de adaptación, manejo de recursos, lo que funciona en la vida de la adolescente). También se explorarán barreras de acceso a los servicios asociadas a su condición social (pobreza, redes de apoyo, ubicación geográfica, etc.).
2. Análisis de la situación	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas sobre factores de riesgo asociados a embarazo, ITS, violencia sexual, otros temas. • Situación actual, razones y contexto de conductas específicas:

	<p>relaciones sexuales, relaciones de pareja, sexo protegido, coerción sexual, prácticas sexuales, uso de métodos modernos de planificación familiar, uso de alcohol y drogas, u otras pertinentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la visita/consulta por anticoncepción: conocimiento/uso de anticonceptivos y el grado de motivación, si tiene o no pareja estable y su actitud ante la anticoncepción, frecuencia de relaciones sexuales y conducta sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, edad de la pareja). • Identificación del problema y los riesgos. Esto incluye la discusión sobre métodos modernos de anticoncepción y el suministro de los mismos cuando sea recomendable, según La Herramienta para Toma de Decisiones.
3. Toma de decisiones y fijación de metas y creación de planes para la acción	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del nivel de compromiso de la adolescente para encarar la situación y exploración de ambivalencias. • Identificar las tareas necesarias para resolver la situación y los sentimientos y pensamientos necesarios para llevarlas a cabo. • Desarrollo de objetivos hacia el logro de las metas establecidas. • Análisis de la autoeficacia de la adolescente para desarrollar la conducta/acción. • Colaboración con la adolescente para identificar las etapas de cambio.
4. Implementación de planes	Desarrollo de acciones inmediatamente después del diseño de la intervención, dentro de la misma sesión; como una tarea o una implementación “paso a paso”; o una combinación de estas estrategias.
5. Monitoreo del progreso y evaluación del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación continua de la ejecución de planes • Identificación de avances, barreras y metas pendientes • Diseño e implementación de nuevas estrategias para solucionar diversos aspectos del problema, en caso necesario.

6.3 Asistencia psicológica

La oferta de apoyo psicológico incluye intervenciones para la prevención de suicidio, dificultad escolar, detección precoz de trastornos de conducta, prevención de problemas de salud mental asociados al embarazo o aborto en la adolescencia, prevención y detección de casos de abuso sexual y violencia de pareja; y asesoría en relaciones de pareja. Dada la creciente evidencia disponible sobre la efectividad de modelos de terapia breve y las limitaciones para desarrollar intervenciones de largo plazo con las adolescentes, en CM se priorizarán intervenciones terapéuticas breves que focalizan en las fortalezas y la colaboración interinstitucional con organizaciones que ofrecen apoyo emocional y/o atención psiquiátrica a adolescentes y jóvenes para atención a casos especiales y problemas de salud mental crónicos.^{47, 48, 49} Tanto para las adolescentes escolarizadas y no escolarizadas, se identificarán recursos y servicios a nivel

comunitario que provean apoyo emocional individual y grupal para casos específicos, así como atender situaciones de emergencia.

El diagnóstico basado en fortalezas identifica las habilidades emocionales y conductuales que generan sentimientos de logros, contribuyen a relaciones satisfactorias en la familia, con pares y adultos y fortalecen las capacidades para enfrentar situaciones adversas y tensiones. Estas intervenciones tendrían una duración 1-3 sesiones, con la opción de consultas focalizadas que requieran sesiones adicionales de terapia.^{50, 51} En casos necesario, la psicóloga ofrecerá asistencia vía teléfono, particularmente para aquellas adolescentes que viven en zonas geográficas remotas o tienen limitaciones coyunturales (familiares, económicas) para asistir al CCM.

Cuadro 6: Procedimientos generales de terapia psicológica breve de CM Honduras

Pasos	Componentes	Evidencia
a. Identificación de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar las características generales de la adolescente y su contexto familiar, social. • Identificar motivo de visita/consulta • Explorar las perspectivas de la adolescente sobre el/los problema (s) 	Historia clínica Registro de seguimiento a usuarias
b. Exploración de intentos de soluciones y sus resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar acciones que han funcionado anteriormente para la adolescente en situaciones similares. • Examinar las percepciones sobre probar alternativas de solución nuevas u otras que han funcionado previamente. • Identificar sugerencias de alternativas provistas por madres, padres, pares, pareja u otras personas. • Analizar las circunstancias en las que la situación actual no constituye un problema. 	
c. Establecimiento de meta(s)	<p>Seleccionar la (s) metas (número reducido) son: significativas/importantes para la adolescente, con potencial de generar resultados positivos, concretas/específicas, manejables (pequeños pasos), dentro del control de la adolescente, que funcione en el contexto social y familiar en que se desenvuelve la adolescente.</p>	
d. Generando formas de alcanzar la(s) meta(s)	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer tarea (s) para crear nuevos patrones para abordar el problema. • Identificar las habilidades y competencias internos y recursos externos que le ayudarán a lograr las metas. • Acordar modalidades de seguimiento, referencias internas y externas, u otros arreglos necesarios, según el caso. 	

Las adolescentes que hayan experimentado violencia identificadas en los servicios de atención psicológica recibirán atención inicial y serán remitidas posteriormente al MVCM. En los casos en que la usuaria requiera tratamiento a lesiones por violencia y tratamiento médico de emergencia el MVCM coordinará con el MSSR la provisión de estos servicios para asegurar la atención integral del caso y garantizar que medicina forense y el personal del MSSR aborden el caso conjuntamente. También hará referencia al MAE a fin de ampliar las opciones de futuro de las adolescentes que promuevan su estabilidad psicológica y promoverá su participación en las actividades comunitarias del MEC. Igualmente reforzará la importancia de su participación en el curso de habilidades para la vida y el curso de EIS.

6.4 Curso sobre habilidades para la vida

Objetivo. El curso tiene como objetivo desarrollar habilidades sociales, cognitivas y de autoconocimiento que apoyen la auto-efectividad y resiliencia de las adolescentes, con énfasis en las siguientes áreas:

- El manejo de la propia sexualidad
- el desarrollo de relaciones de pareja saludables
- y el desarrollo de habilidades básicas para el mundo laboral y el desarrollo de planes de vida.

El curso sobre habilidades para la vida en el contexto del MAA busca los resultados siguientes:

- Autoefectividad, comunicación, pensamiento crítico, manejo de emociones
- Reducción conducta sexual en riesgo y embarazo adolescente
- Reducción de la violencia de pareja
- Retención escolar y salidas positivas en el mercado de trabajo.

Metodología. incluye clases lectivas y ejercicios prácticos, incluyendo simulaciones y juegos de roles sobre situaciones similares a las enfrentadas por las adolescentes con la familia, la pareja, la escuela y los amigos, y el contexto laboral.

Diseño. Para el desarrollo de los contenidos del curso básico de Habilidades para la Vida será contratado a una firma consultora. Se tomará en cuenta las mejores prácticas internacionales, las condiciones socio culturales en cada departamento, con atención a los usos y costumbres de los grupos étnicos, y la consulta con los adolescentes, los padres, la comunidad y las instituciones participantes.

Cuadro 7: Componentes clave del curso de habilidades para la vida

Aspectos del curso	Curso sobre Habilidades para la Vida
Contenidos	1. Curso básico de Habilidades para la Vida (aplicado al contexto adolescente – 18 horas) <ul style="list-style-type: none"> a. Habilidades sociales. Incluyendo habilidades de comunicación asertiva; habilidades de negociación/rechazo; habilidades interpersonales y empatía, y habilidades de cooperación. b. Habilidades cognitivas. Incluyendo habilidades de toma de decisiones y gestión de problemas, comprensión de las consecuencias de las acciones, determinación de soluciones alternas a los problemas; y habilidades de pensamiento crítico (para analizar la influencia que tienen los pares y de

	<p>los medios de comunicación).</p> <p>c. Habilidades de manejo de emociones y sentimientos. Incluyendo habilidades de control del estrés; control de los sentimientos, incluyendo la ira; y habilidades para aumentar el control central interno (autocontrol, auto-monitoreo).</p> <p>2. Empoderamiento y relaciones de pareja saludables (12 horas)</p> <p>a. Autoconocimiento, autoestima y orgullo de ser mujer. Comprensión de las relaciones en un contexto de desigualdades de género.</p> <p>b. Relaciones de pareja saludables: Fomento de relaciones de pareja igualitarias y saludables, control de la violencia y reducción de riesgos. Reconocimiento de señales de advertencia de una relación abusiva. Reconocimiento de la propia sexualidad y decisión sobre si ser o no ser sexualmente activa. Rechazo de avances sexuales no deseados. Negociación de sexo seguro y uso consistente de preservativo. Reducción en el número de parejas y otras situaciones de riesgo. Reconocimiento y manejo de las emociones que interfieren en la práctica de sexo seguro.</p> <p>c. Aplicación práctica de habilidades para la vida en el contexto de la pareja. Desarrollo de habilidades de comunicación asertiva y negociación a través de sesiones de juego de roles. Desarrollo de habilidades para la toma de decisiones/solución de problemas a través de discusiones grupales sobre distintas situaciones de pareja.</p> <p>3. Habilidades básicas para el mundo laboral y desarrollo de planes de vida (6 horas).</p> <p>a. Acercamiento al mundo laboral. Información sobre retornos económicos a la educación (énfasis en la retención escolar); información sobre retornos de las carreras universitarias u otras opciones laborales.</p> <p>b. Habilidades básicas. Puntualidad y presentación. Búsqueda de trabajo y técnicas de entrevista.</p>
Modalidades pedagógicas	<ul style="list-style-type: none"> • El curso es altamente participativo buscando el aprendizaje no solamente a partir de la información sino del involucramiento personal y entendimiento de la conducta • Es altamente iterativo, usando teatro, juegos, discusiones grupales, juego de roles, simulaciones de situaciones que se presentan en la vida real para ensayar posibles respuestas. • Usa materiales gráficos de síntesis que la estudiante pueda retener para refrescar su aprendizaje
Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Tendrá una duración de 12 semanas con una sesión semanal de 3 horas cada una, para un total de 12 sesiones y 36 horas. • Cada centro organizaría tres sesiones durante el año, dos acompañando el año escolar (primer y segundo semestre), y otro dirigido a madres adolescentes y otras adolescentes no escolarizadas. • Las participantes se reclutarán a través de las escuelas para adolescentes escolarizadas, y a través de clubes, organizaciones comunitarias u otras organizaciones para madres adolescentes y otras adolescentes no escolarizadas.
Capacitación de capacitadoras para el	<ul style="list-style-type: none"> • El programa requiere la participación de capacitadoras altamente eficaces en la conducción del curso. Para ello, el curso incluye la formación continua de las capacitadoras, y la capacitación de nuevas capacitadoras

desarrollo del curso	
Requisitos para la implementación	<ul style="list-style-type: none"> • Involucrar facilitadoras del mismo contexto y preferiblemente, cercanas a la edad de las adolescentes. • Adaptarse a las necesidades de los distintos grupos de adolescentes con quienes se trabaja: escolarizados o no, activas sexualmente o no, madres o no, etc. • Usar los aprendizajes provenientes de la consulta con padres, adultos a cargo, autoridades comunitarias sobre la situación de la adolescencia. • Coordinar con otras instituciones y sectores pertinentes
Evaluación de los resultados	<ul style="list-style-type: none"> • El programa contará con un sistema de M&E a fin de profundizar las fortalezas y realizar los ajustes necesarios para corregir lo que no esté funcionando bien tanto a nivel de procesos como de resultados. • En términos de evaluación de los resultados del curso, se estudiará la pertinencia de la aplicación de una o más pruebas especializadas que miden la efectividad socio-emocionales de las participantes que se adaptarán a los objetivos específicos del MAA: <ul style="list-style-type: none"> ○ La Escala de Competencias Personales y Sociales (CPS), desarrollada por un equipo de expertos para la evaluación del programa Juventud y Empleo en la República Dominicana. Mide competencias no-cognitivas para el desarrollo de actitudes y valores positivos. Mide 6 competencias básicas: liderazgo, comportamiento en situaciones de conflicto, auto-estima, habilidades en el relacionamiento con otros, orden, y empatía y comunicación.⁵² ○ La Escala de Rosenberg que mide rasgos de personalidad y competencias socio-emocionales. Se usa en la psicología clínica para medir auto-estima. Consiste en 10 preguntas que pueden ser respondidas en 3 minutos.⁵³ ○ La Escala de Grit se enfoca en auto-determinación y motivación durante largos periodos aún en circunstancias de fracaso y adversidad. Mide la persistencia en el esfuerzo, el entusiasmo en el logro de objetivos de largo plazo, consistencia en intereses y ambición. Consiste en 13 preguntas que pueden ser respondidas en 4 minutos.⁵⁴

Los cursos de habilidades para la vida se ofrecerán en CM y a nivel comunitario, en colaboración con centros educativos (SEDUC), PNP, DIJUVE, SSAA de la SESAL, Centros de Alcance, ONG, grupos comunitarios, redes de jóvenes. Se ofrecerán de manera combinada con oferta formativa del MAE, y particularmente para las no escolarizadas se podrían integrar a los cursos de capacitación para el empleo, nivelación académica y desarrollo microempresarial. Igualmente, el MAE ofrecerá cursos de computación para adolescentes, con el objetivo de mejorar sus oportunidades de empleabilidad y por otro lado, desarrollar sus habilidades computacionales para poder realizar el curso virtual en EIS.

6.5 Curso virtual en EIS

Este curso intenta contribuir al logro de los objetivos del Currículo Nacional Básico en relación con la Educación de la Sexualidad que promueva el conocimiento y respeto por el cuerpo, la autoestima, la equidad de género, valores y habilidades para la vida.⁵⁵ Incluirá los contenidos establecidos por la SEDUC en las guías metodológicas para docentes “Cuidando mi salud y mi vida” oficializadas por Acuerdo No. 2514-SE-10 como herramienta oficial para el tratamiento de la Educación Integral en Sexualidad en los centros educativos del país.

El objetivo de este curso es desarrollar los conocimientos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y para tomar decisiones informadas respecto a la propia sexualidad, el disfrute de una vida sexual satisfactoria, la prevención del embarazo no planeado, y la protección contra ITS, incorporando además, aspectos relacionados con la VCM, con énfasis en formas específicas de violencia contra las adolescentes. Estos temas serán desarrollados en 5 módulos en un periodo de 12 semanas con una sesión semanal de 1 hora cada una para un total de 12 sesiones y 12 horas. La calificación del desempeño de las y los participantes así como la expedición del certificado se realizarán a través de procesos automatizados, generados por la plataforma virtual.

Tomando en cuenta que los datos de ENDESA 2011-12 muestran importantes brechas entre el conocimiento sobre SSR y conductas de protección frente al EA, las ITS y uso de servicios, el curso virtual en EIS complementado con el curso de habilidades para la vida, enfatizará no solo en incrementar el conocimiento sobre los temas pero también promover la reflexión y la problematización para mejorar la comprensión de lo aprendido y para favorecer la transferencia del aprendizaje a las prácticas⁵⁶ en SSR de las adolescentes. Esto implica que en términos del proceso de aprendizaje, el curso incluirá recursos de conocimiento que aborden los aspectos cognitivos, emocionales y sociales de la sexualidad.⁵⁷ Para tal fin, el curso virtual incluirá la orientación y seguimiento a las y los participantes por parte de tutoras/es guiándoles a lo largo del proceso formativo, motivando la participación y acompañando el trabajo individual y el intercambio en los foros. El reclutamiento de las adolescentes escolarizadas se realizará mediante acuerdos con centros educativos, clubes, redes de jóvenes u otros; mientras que las madres adolescentes y otras no escolarizadas se convocarán a través de organizaciones comunitarias, PNP, SSAA ubicados en los territorios de influencia, DIJUVE, Centros de Alcance, ONG, clubes de madres, la campaña de inducción de demanda de servicios y la promoción del curso en todos los módulos de los CCM. Tanto mujeres y varones adolescentes podrán acceder libremente al curso virtual a través de computadoras personales, centros de cómputos de los centros educativos, tabletas, cibercafés, bibliotecas públicas, u otras formas de acceso independiente. El MAA dispondrá de tabletas para las participantes de los cursos de habilidades para la vida que deseen desarrollar las actividades del curso virtual en EIS en las instalaciones de CM. Para las y los adolescentes no escolarizadas/os este curso se promoverá como parte de los cursos que se desarrollarán en las comunidades.

El MAA coordinará con SEDUC el diseño instruccional del curso con miras a establecer conjuntamente los objetivos, competencias a desarrollar (conocimientos, habilidades y actitudes), contenidos y actividades así como los objetos de aprendizaje: guías de trabajos individuales (tareas), guías de discusión en foros, ejercicios (casos/escenarios, cuestionarios, videos, glosarios, etc.); y recursos de aprendizaje complementarios (enlaces de interés). También acordarán el sistema de incentivos para las y los adolescentes que concluyan el curso así como para el personal que participe en la implementación del mismo en los centros educativos. Las educadoras del MAA en los CCM trabajarán conjuntamente con el personal de los centros educativos el proceso de implementación del curso., SEDUC instruirá a las y los directores para la colaboración interinstitucional en el desarrollo del curso en EIS y las estrategias conjuntas para asegurar la participación de las estudiantes en los cursos de habilidades para la vida que se desarrollarán en las comunidades y en CM. La coordinación interinstitucional entre CM y SEDUC también incluye la articulación con la Dirección Distrital

basada en planes de trabajo y cronograma de actividades aprobado por el/a Ministro de Educación.

Los procedimientos del proceso de implementación incluyen acciones a realizar por las y los tutores virtuales, las/os participantes del curso y la coordinación del curso.

Cuadro 8: Procedimientos del proceso de implementación del curso virtual en EIS

Actores	Actividades	Evidencia
Tutoras/es	a. Organización de tareas y actividades, promoción de comunicación e integración, sostenimiento del proceso de aprendizaje de cada participante. b. Realizar devoluciones personalizadas de las producciones de las y los participantes. c. Garantizar respuesta a las comunicaciones que reciba (tanto de participantes como de la coordinación) dentro de las 48 horas. d. Adecuar el desarrollo y las exigencias del curso a las características y necesidades de cada participante en comunicación y acuerdo con la coordinación general del curso. e. Elaborar el informe final de cada curso.	Informes de cursos
Participantes (adolescentes)	a. Completar el módulo de Familiarización con la plataforma virtual y la evaluación inicial. b. Completar los 5 módulos del curso, incluyendo el desarrollo de las actividades y cuestionarios correspondientes para calificación automatizada de su desempeño. c. Realizar evaluación final del curso sobre: grado de interés en los temas y actividades, competencias adquiridas, desempeño de tutoría, foros y otras actividades grupales, plataforma virtual.	Estadísticas de participantes que aprueban el curso Informes de evaluación del curso por parte de las y los participantes
Coordinación general del curso	a. Supervisión del desempeño de las y los tutores en las actividades que realizan (facilitación de foros, retroalimentación a participantes, apoyo al desarrollo de tareas, etc.). b. Supervisión del apoyo tecnológico a participantes. c. Control de estadísticas por actividad y por módulo. d. Elaboración de informes anuales e. Comunicación y coordinación de aspectos logísticos internos y en este caso externos (SEDUC, organizaciones comunitarias, otros).	Informes anuales

Los contenidos de los sub-componentes Habilidades para la Vida y Curso Virtual sobre Educación Integral en Sexualidad se complementan y refuerzan mutuamente. Los sub-componentes de Consejería Integra a la Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes, y el Consultorio de Atención Psicológica proveerán servicios de manera personalizada a las adolescentes, reforzando la auto-efectividad y solución de problemas.

Prioridades temáticas a considerar en las 4 intervenciones del MAA, según proceda:

- Paternidad responsable

- Actitudes y percepciones de las adolescentes sobre temas clave en SSR: métodos de planificación familiar, prejuicios y concepciones erróneas sobre los anticonceptivos, ITS, uso del condón, prevención del embarazo adolescente (primero y subsiguientes)
- Cuidado de las niñas
- Apoyo psicológico a las embarazadas
- Prevención de uso de drogas y alcohol
- Autonomía económica: generación de ingresos, capacitación para el empleo, continuación de los estudios (nivelación académica), becas, acceso al crédito, colocación/bolsa de empleo.
- Formas de violencia en los distintos ámbitos en que se desenvuelven las adolescentes (familia, comunidad, escuela, etc.)
- Explotación sexual de las adolescentes y abandono por parte de madres y padres.
- Particularidades de adolescentes que viven sin madre o padre porque éstos han emigrado a los Estados Unidos de América, así como de las adolescentes migrantes retornadas.

7. Sistema de referencia y respuesta ⁵⁸

Para lograr una atención integral y continua a las adolescentes es necesario contar con un sistema de referencia y respuesta con instancias externas y referencias internas. La oferta de servicios en el MAA y de intervenciones intermódulos en CM será complementada con un sólido sistema de referencia externa que garantice integralidad y continuidad de la atención y genere demanda/utilización sistemática de servicios del MAA.

Criterios de ingreso. El MAA atiende a todas las adolescentes que requieran servicios de consejería integral en SSR y/o atención psicológica o los cursos de habilidades para la vida y EIS independientemente de su afiliación institucional en la seguridad social u otro mecanismo que prescriba el uso de determinados servicios, por ejemplo, los servicios de salud.

Criterios para la referencia externa:

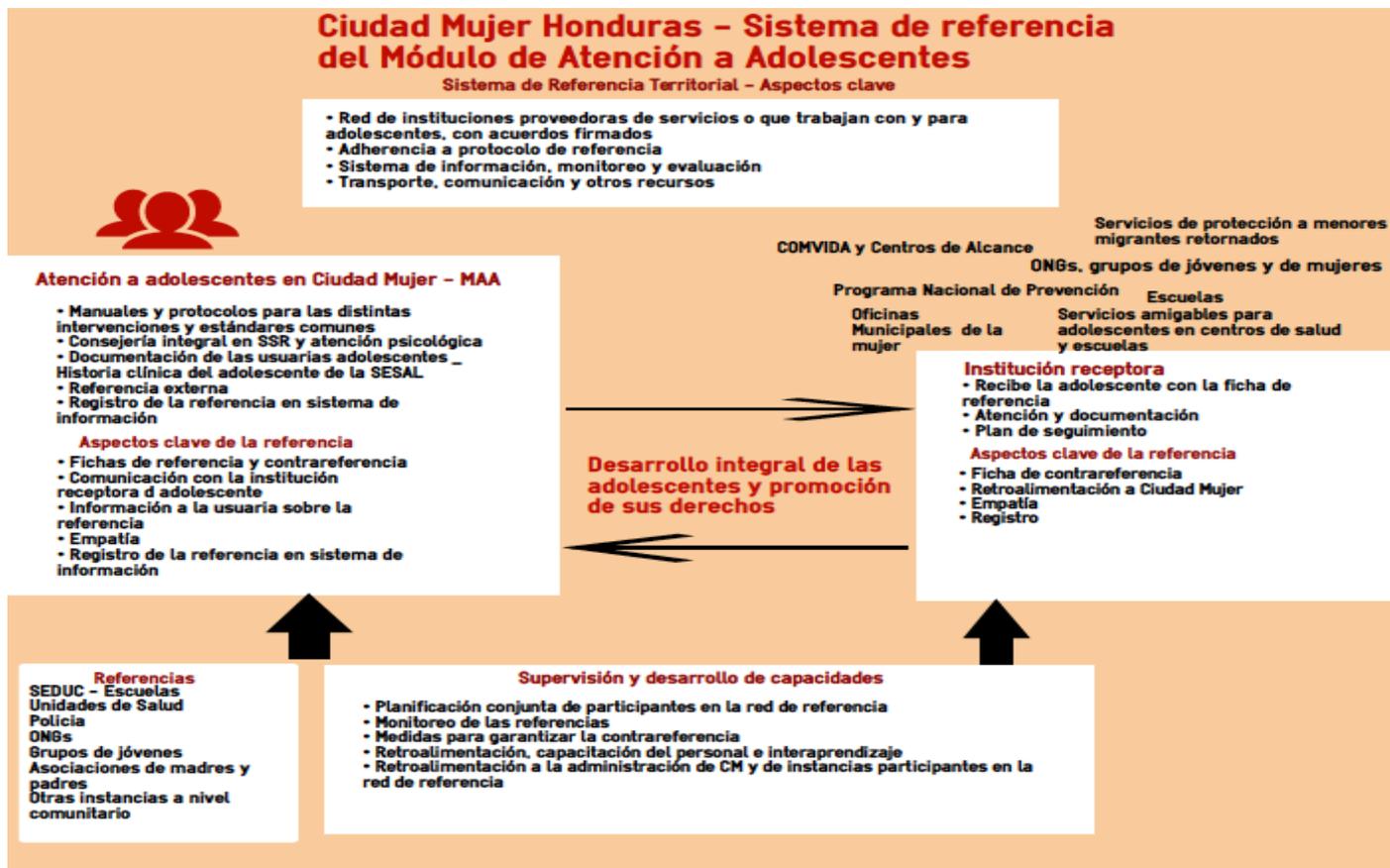
- Toda usuaria que requiera servicios especializados o específicos que no son provistos por el MAA o el CCM.
- Emergencia médica y/o riesgo de vida para la adolescente.

Información para las adolescentes. La adolescente usuaria del MAA recibe información sobre: i) las razones e importancia de la referencia así como los riesgos de no asistir a la instancia a la que ha sido referida, ii) cómo llegar a la instancia a la que ha sido remitida (en caso de referencia externa, localización y transporte disponible), iii) tipo de atención/servicios que recibirá en dicha instancia y iv) proceso de seguimiento cuando regrese al MAA.

Desarrollo de capacidades de las personas proveedoras. El personal del CCM y las instancias participantes en el sistema de referencia recibirán capacitación continua para implementar la referencia según las normas de CM e intercambiar experiencias e información, así como para la retroalimentación periódica sobre el funcionamiento del sistema de referencia.

Seguimiento de las adolescentes referidas. Es realizado por las proveedoras de los servicios según su área de intervención, y dará seguimiento general a través del sistema de información, el contacto continuo con las instancias que forman parte del sistema de referencia y

comunicación telefónica o por otras vías con las adolescentes. En el marco del MAA no se prevé la realización de visitas domiciliarias pero este tipo de intervención podría ser ejecutado por el MVCAM, el cual se encargará del seguimiento a dichas visitas.



El MAA establecerá mecanismos de coordinación y referencia con los 22 servicios amigables para adolescentes actualmente funcionando en los cuatro departamentos en los que funcionará CM y que se describen en el cuadro 9..

Cuadro 9: Servicios de Salud para Adolescentes - 2016

Región de Salud	Municipio	Establecimiento
Metropolitana (8)	Tegucigalpa	Clínica del Adolescente. Hospital Escuela
		Centro de Salud Médico Odontológico (CESAMO) San Benito/Col. Los Pinos
		CESAMO Col. San Francisco
		CESAMO Col. San Miguel
		CESAMO Flor del Campo
		CESAMO Nerza Paz, Aldea La Cañada

		CESAMO Alonso Suazo
		Centro de Salud Las Crucitas
Metropolitana (3)	San Pedro Sula	Hospital Leonardo Martínez
		CESAMO Paz Barahona
		Hospital Mario Catarino Rivas
Cortés (4)	Puerto Cortés	Hospital de Puerto Cortés
	Potrerillos	CESAMO Potrerillos
	La Lima	CESAMO La Lima
	Choloma	CESAMO Choloma
Atlántida (7)	La Ceiba	CESAMO Col. Pizzatti
		Instituto Manuel Bonilla
		CESAMO Ceiba
	Tela	Clínica Hospital de Tela
	San Juan Pueblo	Centro de Salud San Juan Pueblo
	Corozal	Centro de Salud Corozal
	Triunfo de la Cruz	Centro de Salud Triunfo de la Cruz

Referencia interna

Además de las intervenciones del MAA, el resto de los módulos ofrecerán servicios o actividades con adolescentes. Para asegurar que en todos los servicios se ofrezca atención amigable, los RRHH de otros módulos también recibirán capacitación en atención amigable para adolescentes y en intervenciones especializadas según sus competencias institucionales, por ejemplo, especificaciones de atención en grupos de apoyo y asistencia legal para adolescentes que han experimentado alguna forma de violencia.

Cuadro 10: Intersecciones del MAA con los otros módulos de CM

MSSR	MAE	MVCM	MEC
<p>Para las remitidas del MAA Radiología y ultrasonografía Laboratorio Medicamentos</p> <p>Para las adolescentes embarazadas o que ya son madres que ingresan directamente al MSSR: Recibirán todas las intervenciones establecidas en las normas de atención de la SESAL: Planificación familiar, Odontología para mujeres embarazadas, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Interna, Atención Nutricional, Prevención del cáncer cérvico – uterino y de mama, Radiología y Ultrasonografía; y Laboratorio clínico. Servicios de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y formación vocacional • Bolsa de empleo • Asistencia técnica sobre emprendedurismo • Cursos de computación • Inclusión de componentes de desarrollo de habilidades para la vida en los cursos pertinentes. 	<p>Atención en crisis Asesoría legal Terapia psicológica para casos de violencia sexual y violencia de pareja/intrafamiliar. Medicina legal Grupos de apoyo Atención a adolescentes migrantes retornadas que han experimentado violencia en el proceso migratorio.</p>	<p>Modelos de promoción comunitaria en torno a la igualdad de género, VCM, SSR, autonomía económica (mujeres y hombres jóvenes)</p> <p>Iniciativa preventiva con madres, padres y otros adultos que influyen en las adolescentes, con énfasis en la igualdad de género, VCM, SSR, autonomía económica</p>

MSSR	MAE	MVCM	MEC
Dispensa de medicamentos Información y educación sobre prácticas saludables de vida. *Para todas las adolescentes que han experimentado violencia , incluye el tratamiento a lesiones y la identificación de casos de violencia sexual y por la pareja.			

Se establecerán mecanismos de coordinación y referencias entre el MAA y MAE para asegurar que los cursos de capacitación vocacional y nivelación académica y otros respondan a necesidades y perfil de las adolescentes tanto escolarizadas como no escolarizadas, madres/embarazadas, entre otras integrando un análisis de las necesidades de género y el desarrollo de habilidades para la vida.

8. Personal que integra el MAA

Todos los RRHH del MAA deben contar con conocimientos básicos sobre crecimiento y desarrollo biopsicosocial de las adolescentes, la aplicación de los enfoques de género y diversidad a servicios amigables, competencias técnicas para la resolución de los motivos de visita al MAA más frecuentes y la realización de las referencias internas, intermódulos y externas correspondientes, así como conocimiento de la legislación, normas, protocolos y estándares internacionales para la atención y trabajo con adolescentes. El personal del MAA incluye un total de 5 mujeres, una coordinadora (DINAF), una enfermera consejera en SSR (SESAL), una psicóloga (SESAL) y dos educadoras (DINAF).

Cuadro 11: Descripción de los puestos del personal del MAA

8.1 Nombre del cargo: Coordinadora del Módulo de Atención a Adolescentes	
Reporta a	Jefa de Módulos del Centro Ciudad Mujer (CCM)
Supervisa a	Funcionarias del MAA
Institución	DINAF
Propósito general del puesto	Coordinar y dirigir la atención a las usuarias del MAA con información, vinculación, gestión y seguimiento de los servicios de atención integral a las adolescentes que acuden al MAA y garantizar la atención amigable para adolescentes en los módulos de salud sexual y reproductiva, autonomía Económica, violencia contra las mujeres, atención Infantil así como en los procesos de registro y orientación de las usuarias.
Funciones generales	
Coordinación del Equipo de Atención Integral (EAI) del módulo	
1.	Convocar, organizar y dirigir reuniones periódicas con el EAI para dar seguimiento a los planes de trabajo dentro del módulo, evaluar la colaboración multidisciplinaria y promover el intercambio y la complementariedad de acciones en el equipo, así como identificar temas emergentes relacionados con la SSR, VCM y la AE de las adolescentes que requieran ser atendidos en CM, y/o instancias del sistema de referencia externa.
2.	Asegurar el cumplimiento de los estándares de atención amigable para adolescentes en el MAA, del protocolo de funcionamiento del módulo y la oferta de servicios integrales.
3.	Supervisar la aplicación de los procedimientos establecidos en los protocolos de atención de forma periódica para recomendar ajustes a los mismos.
Gestión de servicios del MAA	

4. Supervisar la ejecución de los cursos de habilidades para la vida, el funcionamiento del curso en línea sobre Educación Integral en Sexualidad (EIS), así como de la provisión de servicios de consejería en SSR integral y apoyo emocional.
5. Garantizar la dotación continua de insumos requeridos para la ejecución de las intervenciones y servicios del MAA.
6. Actuar oportunamente al detectar casos de distintas formas de violencia contra las adolescentes así como situaciones de alto riesgo para su integridad física, de violación de sus derechos u otras que necesitan atención ya sea de índole médica, psicológica, legal, de protección inmediata o de otro tipo.
7. Asegurar la adaptación de todas las intervenciones del modulo a los distintos perfiles de adolescentes (escolarizadas, no escolarizadas, las que son madres y/o están embarazadas y las que no, residentes en zonas urbanas y rurales, con discapacidad, migrantes retornadas, etc.)
8. Procurar resolver cualquier situación excepcional que se presente en la ruta de atención y protección de la usuaria adolescente.
9. Resolver cualquier emergencia que surja en el módulo.
10. Dar seguimiento a los mecanismos de participación de las usuarias asegurando incorporar su retroalimentación en torno a las estrategias de intervención del módulo por medio de buzones de sugerencias, reuniones de grupos focales, consultas u otros mecanismos pertinentes.
11. Dar seguimiento a los resultados de los grupos de apoyo de adolescentes organizados en el MAA y el MVCAM, la atención médica en el MSSR
12. Identificar estrategias innovadoras y de mejora continua de los servicios ofrecidos en función de los déficit encontrados y las oportunidades detectadas.

Coordinación intermódulos ,las referencias internas y externas y el trabajo interinstitucional

13. Coordinar estrategias conjuntas con otros módulos, seguimiento a las referencias internas y analizar conjuntamente los niveles de acceso y utilización de las adolescentes a servicios de autonomía económica, SSR, VCM y actividades preventivas con jóvenes a nivel territorial coordinadas por el MEC.
14. Coordinar con las técnicas territoriales del MEC para asegurar la alineación de los enfoques, mensajes y contenidos de las intervenciones del MAA con las del MEC dirigidas a adolescentes.
15. Dar seguimiento a las referencias externas asegurando continuidad de la atención, la respuesta, el uso adecuado de las herramientas de referencia, así como coordinar la recepción y análisis de la información sobre las opiniones de las adolescentes en torno a las referencias internas y externas.
16. Coordinar el análisis de casos especiales que requieran de sesiones de interconsulta con personal de otros módulos.
17. Coordinar con las instancias gubernamentales y no gubernamentales pertinentes el trabajo interinstitucional para desarrollo de las intervenciones del MAA: SEDUC, PNP, DIJUVE, SSA territorial, Centros de Alcance, COMVIDA, grupos comunitarios, ONG, gobiernos locales, etc.

Planificación, monitoreo y evaluación

18. Participar en reuniones y actividades organizadas por la Jefa de módulos y el área de Dirección del CCM.
19. Coordinar y aprobar la planificación semanal de actividades incluyendo cursos de habilidades para la vida, terapia grupal, consejería grupal, especialmente las de las salas de capacitación y de reuniones, curso en línea en EIS, especificando horarios y personal encargado de su implementación.
20. Planificar las necesidades de insumos requeridos para asegurar la implementación de las actividades programadas.
21. Planificar la oferta de servicios del módulo evitando la superposición de servicios institucionales.
22. Elaborar informes estadísticos mensuales.
23. Planificación, monitoreo y evaluación y manejo del personal del módulo.
24. Coordinar los programas y proyectos de apoyo que puedan gestionarse desde el Programa CM para fortalecimiento del MAA.

23. Planear y organizar junto al equipo de dirección del CCM, los programas de capacitación y autocuidado del personal del módulo.

Requisitos del puesto

Educación

- Profesional universitaria graduada en ciencias médicas, salud pública, ciencias sociales o carreras afines.
- De preferencia con estudios de Maestría o especialidad en salud o desarrollo integral de adolescentes y jóvenes.

Formación

- Conocimiento del marco legal e institucional a nivel nacional y estándares internacionales relacionados con la SSR de adolescentes y jóvenes, derechos humanos, igualdad de género y diversidad.
- Excelente conocimiento sobre enfoque de servicios amigables para adolescentes.
- Estándares internacionales y buenas prácticas de servicios integrados de atención en sitio único para la prevención del embarazo adolescente desde un enfoque de SSR integral, abordaje de la violencia contra las mujeres adolescentes (VCMA); y el empoderamiento de éstas.

Habilidades

- Coordinación y capacidad de trabajo en equipo.
- Capacidad de actuar y tomar iniciativa en casos de emergencia o necesidad de readecuación del equipo en caso de sobredemanda de visitas en el módulo.
- Capacidad para trabajar bajo presión.
- Alto grado de iniciativa y responsabilidad.
- Dinámica y resolutive.
- Sensibilidad social y compromiso personal con los principios rectores del modelo de atención en sitio único de CM y de servicios amigables para adolescentes.
- Tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito profesional, médico y de atención integral de adolescentes.
- Excelentes relaciones interpersonales.
- Habilidad para comunicarse claramente en forma oral, escrita y para retener y transmitir la información correctamente.
- Realizar estudios sobre temas Priorizados
- Manejo de paquetes utilitarios (Office).
- Redacción de informes.

Experiencia

Poseer 3 años de experiencia como mínimo en el desempeño de puestos similares.

Comprobada experiencia de al menos 3 años en atención integral a adolescentes y jóvenes

8.2 Nombre del cargo: Psicóloga Clínica

Reporta a	Coordinadora del MAA
Institución	Secretaría de Salud - SESAL Dirección Regional de Salud
Propósito general del puesto	Proporcionar servicios psicológicos específicos para mujeres adolescentes mediante el diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico, atendiendo problemas que limitan la toma de decisiones y prácticas saludables de SSR, su integración a actividades educativas y vocacionales; así como la identificación y atención inicial de las experiencias de violencia a lo largo de sus vidas. También incluye realizar acciones de promoción y prevención en salud mental de las adolescentes en distintos espacios de CM.

Funciones generales

Oferta de servicios

1. Brindar atención de primera vez o subsecuentes en torno a: problemas de salud mental asociados al periodo pre concepcional, embarazo en la adolescencia, detección y apoyo inicial de

abuso sexual y violencia de pareja, relaciones de pareja, ideas suicidas, ansiedad, depresión, crisis por embarazo no deseado, dificultad escolar, trastornos de conducta duelos no resueltos, entre otros.

2. Brindar apoyo emocional y la intervención en crisis en los casos de las adolescentes con resultados positivos a la prueba de VIH que se realizará en el MSSR.
3. Realizar actividades de promoción de la salud mental de las adolescentes en las salas de espera y otros contextos pertinentes del MAA ó CM.
4. Promover el uso de los servicios del MAE dirigidos a mujeres adolescentes, según el caso.
5. Agrupar a pacientes con características afines en diagnósticos para ser atendidas mediante terapia grupal.
6. Participar activamente con grupos de usuarias con problemas de salud mental.
7. Apoyar en la detección de casos de violencia informando a la Coordinadora del MAA para que articule las intervenciones pertinentes con el MVCM.
8. Realizar las referencias internas (MAE, MSSR, MVCM) y externas pertinentes y dar seguimiento a las mismas.

Participación en el Equipo de Atención Integral (EAI) del módulo

9. Análisis de situación de los temas clave que aborda el MAA en los territorios de influencia con miras a proponer ajustes necesarios a la oferta de servicios de atención psicológica, a las referencias e identificar requerimientos para la actualización del protocolo interno del MAA.
10. Análisis conjunto de casos especiales y planificación para su abordaje.
11. Intercambio de información sobre agendamiento, seguimiento a referencias, datos seleccionados de la usuaria y servicios ofrecidos; con estricto apego a normas de confidencialidad.

Planificación, monitoreo y evaluación

12. Evaluar el modelo de atención psicológica del MAA y proponer ajustes pertinentes.
13. Elaborar, ejecutar y dar seguimiento al plan de trabajo mensual.
14. Elaborar informes de casos atendidos cada mes y de las actividades de promoción de la salud mental de las adolescentes.
15. Hacer uso racional y eficiente de los recursos disponibles, realizando los procesos de forma ágil y oportuna a fin de hacer operativos los programas de atención integral a la adolescente.
16. Mantener registro de la información del área y realizar el análisis correspondiente.
17. Registrar las actividades y consolidar las intervenciones realizadas, de acuerdo a lineamientos normativos de registro estadístico para la sistematización oportuna.
18. Velar por el registro adecuado de la información correspondiente
19. Realizar y/o atender otras funciones o actividades que el puesto demande o delegue la jefa superior inmediata.

Requisitos del puesto**Educación**

Licenciada en Psicología con orientación clínica.

Formación

- Excelente conocimiento en atención en salud integral de adolescentes, estrategias de apoyo emocional a adolescentes y promoción de la salud mental.
- Conocimiento y manejo de diferentes patologías psicológicas prevalentes en la adolescencia.
- Conocimientos generales sobre SSR integral.
- Manejo de problemas de violencia en la adolescencia (por la pareja, violencia sexual por cualquier persona, bullying, violencia en la familia, violencia comunitaria, incluyendo los espacios públicos, entre otros.)
- Psicoterapias individuales y grupales.
- Enfoque de igualdad de género, diversidad y derechos humanos.
- Gestión de servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en servicios de apoyo psicológico.
- Manejo de normas, lineamientos, protocolos de atención de su área de competencia.
- Promoción de la salud mental de adolescentes.

Habilidades

- Habilidades de comunicación, entrevistas y de intervención psicoterapéutica con mujeres adolescentes.
- Tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito profesional, de la psicología; y de la atención integral a adolescentes, con énfasis en salud mental.
- Sensibilidad social y compromiso personal con los principios rectores del modelo de atención en sitio único de CM y de servicios amigables para adolescentes.
- Capacidad de análisis, síntesis, expresión verbal y escrita
- Capacidad de organización, sentido de orden y administración del tiempo y de los recursos disponibles.
- Capacidad para la toma de decisiones.
- Capacidad para trabajar bajo presión.
- Dinámica y resolutiva.
- Excelentes relaciones interpersonales.
- Habilidad para comunicarse claramente en forma oral, escrita y para retener y transmitir la información correctamente.
- Habilidad para redacción de informes.
- Manejo de paquetes utilitarios (Office).
- Orientada a la satisfacción de la usuaria de los servicios.
- Trabajo en equipo

Experiencia

Poseer al menos experiencia previa de 1 a 2 años realizando actividades de similar naturaleza.

8.3 Nombre del cargo: Enfermera - Consejera Integral en SSR

Reporta a	Coordinadora del MAA
Institución	Secretaría de Salud - SESAL Dirección Regional de Salud
Propósito general del puesto	Brindar atención a las adolescentes dirigida a cambiar conocimiento, actitudes y prácticas a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas relacionadas con la SSR; y guiándoles para utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva en las áreas de sexualidad, planificación familiar, embarazo, ITS/VIH, violencia contra adolescentes. Sus objetivos se centran en: i) la prevención del embarazo no deseado, ITS/VIH, violencia contra las adolescentes y otros problemas de SSR y desarrollo relevantes en

	<p>los territorios de influencia de los CCM, ii) promoción de SSR entre las adolescentes; y iii) entrega de información científica completa y precisa, así como de consejería sobre sexualidad, SSR y violencia contra las adolescentes.</p>
<p style="text-align: center;">Funciones generales</p> <p>Oferta de servicios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar la consejería integral en SSR incluyendo pasos clave de atención: i) Encuentro inicial y participación, ii) Evaluación o exploración de la situación o problema, iii) Toma de decisiones y fijación de metas apropiadas para la edad de la adolescente con el fin de cambiar o mantener conductas, iv) Elaboración de planes para la acción, v) Ejecución de los planes; y vi) Monitoreo del progreso y evaluación. 2. Crear un clima propicio para la consejería orientada a las adolescentes en el MAA. 3. Realizar actividades de promoción de la SSR integral de las adolescentes en las salas de espera y otros contextos pertinentes del MAA ó CM. 4. Apoyar en la detección de casos de violencia contra adolescentes, informando a la Coordinadora del MAA para que articule las intervenciones pertinentes con el MVCM. 5. Promover el uso de los servicios del MAE dirigidos a mujeres adolescentes, según el caso. 6. Realizar las referencias internas (MAE, MSSR, MVCM) y externas pertinentes y dar seguimiento a las mismas. <p>Participación en el Equipo de Atención Integral (EAI) del módulo</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Análisis de los temas clave que aborda el MAA con miras a proponer ajustes necesarios a la oferta de servicios de consejería integral en SSR, a las referencias e identificar requerimientos para la actualización del protocolo interno del MAA. 8. Análisis conjunto de casos especiales y planificación para su abordaje. 9. Intercambio de información sobre agendamiento, seguimiento a referencias, datos seleccionados de la usuaria y servicios ofrecidos; con estricto apego a normas de confidencialidad. <p>Planificación, monitoreo y evaluación</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Evaluar su práctica de consejería integral en SSR integral orientada a mujeres adolescentes. 10. Elaborar, ejecutar y dar seguimiento al plan de trabajo mensual. 11. Equipar la oficina de consejería con los recursos educativos necesarios y gestionar la provisión de insumos y equipos para la atención de las adolescentes. 12. Mantener actualizados los libros de registros para el seguimiento de casos e información sobre las adolescentes. 13. Mantener la información de los expedientes debidamente actualizada y realizar tabulación de datos. 14. Realizar registro de referencias, interconsultas y contrareferencias enviadas y recibidas. 15. Realizar seguimiento de casos de usuarias así como de faltistas, citas pérdidas. 16. Realizar y/o atender otras funciones o actividades que el puesto demande o delegue la jefa superior inmediata. 	
<p>Requisitos del puesto</p> <p>Educación</p> <p>Título de Licenciada en Enfermería, debidamente registrada en el Colegio de Profesionales de Enfermería, con especialidad en salud integral de adolescentes, énfasis en SSR.</p> <p>Formación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de SSR y sexualidad en las diferentes etapas de desarrollo de las adolescentes. • Comprensión integral de lo que es la sexualidad saludable para los adolescentes. • Entendimiento de los valores culturales y sociales de las y los adolescentes en los territorios de influencia del CCM en que trabaja. • Conocimiento de los factores y conductas que ponen a las adolescentes en riesgo de embarazos no deseados, ITS/VIH, violencia y otros problemas de SSR. 	

- Entendimiento de los factores y condiciones sociales, culturales y económicas que influyen la vida de las adolescentes, incluyendo las barreras legales que limitan su acceso a recursos y servicios, los efectos de la pobreza y la discriminación que enfrentan las adolescentes en su SSR y desarrollo integral.
- Conocimiento sobre los recursos locales disponibles para las adolescentes en los territorios de influencia del CCM en que trabaja, de manera de realizar derivaciones adecuadas a otros servicios o a organizaciones especializadas.
- Excelente manejo del abordaje de la consejería en SSR integral.
- Manejo de sistema de referencia y contra-referencia.

Habilidades

- Habilidades de comunicación, incluyendo el conocimiento y naturalidad en los intercambios verbales y charlas sobre sexualidad y temas de SSR en la adolescencia.
- Habilidades para realizar entrevistas tales como escuchar activamente las necesidades y deseos de los adolescentes; expresar empatía; observar atentamente la conducta no verbal; dar pie a preguntas sobre SSR; reflexionar sobre la situación personal de la adolescente; desarrollar una relación o alianza terapéutica segura; crear armonía y confianza en la relación; mantener la confidencialidad, y utilizar un lenguaje apropiado que la adolescente comprenda.
- Habilidades para evaluar, incluyendo comprender la información recolectada durante la entrevista de consejería; tener habilidad para entender los problemas y oportunidades de cambio desde la perspectiva de la consejera y de la adolescente; tener habilidad para ver los problemas como tentativos y para compartir la evaluación de la situación con la adolescente de manera tal que ésta entienda el problema o desafío que enfrenta; poder explorar las fortalezas internas y externas de la adolescente.
- Habilidades de intervención, incorporando la conceptualizar la situación problemática o el desafío; identificar las oportunidades de cambio; ayudar a la adolescente a desarrollar opciones y metas realistas apropiadas para su edad; motivarla y desafiarla en sus puntos de vista de manera adecuada; formular un modelo de conductas de salud positivas; mostrar flexibilidad; utilizar pensamiento crítico; manejar las crisis cuando ocurran; resolver problemas, y organizar.
- Observar los códigos de ética profesional: tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito profesional y los principios de la consejería integral en SSR de CM.
- Sensibilidad social y compromiso personal con los principios rectores del modelo.
- Habilidad para redacción de informes.
- Manejo de paquetes utilitarios (Office).
- Orientada a la satisfacción de las adolescentes usuarias de los servicios.
- Trabajo en equipo

Experiencia

Poseer al menos experiencia previa de 2 a 3 años realizando actividades de similar naturaleza.

8.4 Nombre del cargo: Educadora

Reporta a	Coordinadora del MAA
Institución	Dirección Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF)
Propósito general del puesto	Coordinar y desarrollar los cursos de habilidades para la vida dirigidos a desarrollar habilidades sociales, cognitivas y emocionales para promover el empoderamiento de las adolescentes y apoyar a la Coordinadora del MAA en el seguimiento al curso virtual sobre EIS.

Funciones generales

Desarrollo de los cursos de habilidades para la vida y seguimiento al curso virtual en EIS

1. Coordinar con las instancias pertinentes (SEDUC/centros educativos, PNP, SSAA, Centros de Alcance, COMVIDA, ONG, grupos de adolescentes y jóvenes u otros) la implementación de los cursos de habilidades para la vida, en sus aspectos metodológicos y logísticos para asegurar su adecuada implementación.

2. Facilitar los cursos de habilidades para la vida y dar seguimiento a las participantes.
3. Establecer relaciones positivas y mantener límites saludables con las adolescentes.
4. Referir los casos que requieran atención en el MAA u otros módulos de CM. Esto incluye establecer mecanismos para la integración del curso de habilidades para la vida en la oferta de servicios del MAE así como promover el uso de los servicios del MAE dirigidos a mujeres adolescentes, según el caso.
5. Garantizar el transporte de las participantes u otros arreglos logísticos que reduzcan las barreras de acceso geográfico o económico a la participación en los cursos.
6. Apoyar a la Coordinadora del MAA en el seguimiento al desempeño de tutoras/es del curso virtual en EIS.

Participación en el Equipo de Atención Integral (EAI) del módulo

7. Análisis de situación de los temas clave que aborda el MAA con miras a proponer ajustes necesarios al desarrollo de los cursos de habilidades para la vida y del curso virtual en EIS; e identificar requerimientos para la actualización del protocolo interno del MAA.
8. Análisis conjunto de casos especiales de participantes en los cursos de habilidades para la vida y planificación para su abordaje.
9. Intercambio de información sobre agendamiento, seguimiento a referencias, datos seleccionados de las participantes de los cursos; con estricto apego a normas de confidencialidad.
10. Coordinar con la Dirección y el resto del Equipo del MAA, la articulación de las intervenciones del módulo para aumentar su efectividad.
11. Proveer información sobre el curso de habilidades para la vida a potenciales participantes en MAA, resto de los módulos de CM e instancias comunitarias (centros educativos, SSAA, Centros de Alcance, grupos de adolescentes y jóvenes, ONG u otros).
12. Realizar actividades educativas y de promoción del curso en la sala de espera del MAA y otros módulos de CM.
13. Presentar el curso de habilidades para la vida a actores que sean relevantes para asegurar un buen proceso de reclutamiento y alta tasa de retención de las adolescentes registradas.

Planificación, monitoreo y evaluación

14. Elaborar informes periódicos para la coordinación del MAA Dirección relacionados al funcionamiento del curso.
15. Elaborar informes sobre los resultados anuales y evaluaciones del curso.
16. Elaborar e implementar la planificación anual de los cursos en colaboración con los actores territoriales pertinentes.
17. Participar en la revisión del manual de habilidades para la vida y la capacitación en su uso.
18. Realizar y/o atender otras actividades que delegue la Jefatura Superior Inmediata, en relación al puesto.

Requisitos del puesto

Educación

- Graduada universitaria en Ciencias Sociales, salud o carreras afines
- De preferencia con especialidad en desarrollo de programas educativos para adolescentes y jóvenes.

Formación

- Gestión de cursos presenciales y virtuales para adolescentes
- Desarrollo integral de adolescentes
- Conocimientos y sensibilización en género, diversidad y derechos humanos
- Experiencia reconocida en el trabajo con instituciones gubernamentales, organizaciones sociales, y comunidades.
- M&E de programas educativos para adolescentes.
- Capacidad de planificación, organización

Habilidades

- Capacidad de negociación e interlocución política
- Sensibilidad social y compromiso personal con los principios rectores del modelo.
- Capacidad de negociación y trabajo bajo presión

- Excelentes relaciones interpersonales.
- Trabajo en equipo
- Preocupada por el orden y la calidad
- Manejo de paquetes utilitarios (Office).
- Redacción de informes.

Experiencia

Poseer 3 años de experiencia como mínimo en el desempeño de puestos similares.

9. Requerimientos, equipos e insumos para el funcionamiento del MAA

Cuadro 12: Listado de insumos mínimos requeridos

ÁREA	EQUIPO TÉCNICO		EQ INFORMÁTICO	MOBILIARIO DE OFICINA Y HERRAMIENTAS	
	MÁQ Y EQUIPO	EQ MÉDICO Y DE LAB		MOBILIARIO	HERRAMIENTAS Y REP.
COORDINADORA			1 CPU 1 Impresor multif. 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	1 Archivador metálico de 3 gavetas 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas Silla secretarial ergonómica	
SALA PARA EL PERSONL DEL MÓDULO				1 Mesa para conferencias para 4 personas 1 Pizarra fórmica 8 Silla secretarial ergonómica	
OFICINA DE EDUCADORAS			2 CPU 2 Monitor 2 Teclado 2 UPS	2 Archivador metálico de 3 gavetas 2 Escritorio secretarial de 3 gavetas 4 Silla de espera tela sin brazos Silla secretarial ergonómica	
PSICÓLOGA			1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	1 Archivador metálico de 3 gavetas 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas 2 Silla de espera tela sin brazos Silla secretarial ergonómica agregar grabadora. 1 sillón de clínica psicológica, librero	
ENFERMERA CONSEJERA SSR			1 CPU 1 Monitor 1 Teclado	1 Archivador metálico de 3 gavetas 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas 2 Silla de espera tela sin	

			1 UPS	1 brazos Silla secretarial ergonómica, librero	
SALA DE JUEGOS				6 Puf /big bangs o huevones 1 0 Tablets sillones (para dos y para una) 2 1 armario con gavetas,	
SALA DE CAPACITACIÓN				4 Mesa centro 4 Mesa esquinera 1 Pizarra fórmica 2 0 Sillas	

10. Monitoreo y Evaluación

En el siguiente cuadro se presentan los indicadores correspondientes a la matriz de resultados y otros adicionales relevantes para el monitoreo y evaluación del Programa CM.

Cuadro 13: Indicadores del MAA y fuentes de verificación

Nivel	Indicadores	Fuente
Impacto	Mujeres 15-19 (adolescentes) alguna vez unidas que han sufrido violencia física o sexual en lo últimos 12 meses por parte del pareja/compañero.	Encuesta específicamente diseñada para Ciudad Mujer, aplicada en zonas de tratamiento y control
	Mujeres (adolescentes) de 15 a 19 años que ya son madres o que están embarazadas por primera vez al momento de la encuesta en Honduras	Encuesta específicamente diseñada para Ciudad Mujer, aplicada en zonas de tratamiento y control
Resultado esperado Reducir la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en Francisco Morazán, Cortés y Olancho.	Mujeres (adolescentes) de 15 a 19 años que al momento de la encuesta ya son madres o que están embarazadas por primera vez en los departamentos objetivo	Encuesta específicamente diseñada para Ciudad Mujer, aplicada en zonas de tratamiento y control

<p>Resultados intermedios</p>	<p>Mujeres de 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales que utilizó condones durante la primera relación sexual en los departamentos objetivo</p> <p>Mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas que usan anticonceptivos modernos en los departamentos objetivo</p> <p>Mujeres de 15 a 19 años alguna vez unidas que han sufrido violencia física o sexual en lo últimos 12 meses por parte del esposo/compañero en los departamentos objetivo.</p> <p>Edad promedio a la primera unión de las mujeres entre 15 y 19 años de edad en los departamentos objetivo.</p>	<p>Encuesta específicamente diseñada para Ciudad Mujer, aplicada en zonas de tratamiento y control</p>
<p>Productos</p>	<p>Mujeres adolescentes que han finalizado los talleres sobre habilidades para la vida/habilidades socioemocionales con enfoque de derechos humanos y de género en el MAA</p> <p>Mujeres adolescentes que cuentan con plan de vida formulado y registrado</p> <p>Mujeres adolescentes que han finalizados el cursos virtual de educación en sexualidad/SSR</p> <p>Mujeres adolescentes que reciben consejería preventiva en SSR integral en el MAA.</p> <p>Mujeres adolescentes que reciben atención psicológica en el MAA</p> <p>Número de jóvenes mujeres capacitadas en programas comunitarios de prevención de la violencia de género</p> <p>Número de jóvenes hombres capacitados en programas comunitarios de prevención de la violencia de género</p> <p>Mujeres adolescentes que han completado las actividades de orientación vocacional del MAE</p> <p>Mujeres adolescentes certificadas en cursos de formación técnico vocacional del MAE</p> <p>Mujeres adolescentes que son atendidas por el módulo de SSR</p> <p>Mujeres adolescentes víctimas de VCM atendidas por el módulo de MVCM</p> <p>Funcionarias (personal de servicios) de CM capacitadas en</p>	<p>Datos administrativos de CM</p>

	atención amigable y estrategias efectivas de alcance a adolescentes	
Desempeño	<p>Eficacia Número de adolescentes participantes en el curso virtual de EIS con conocimiento comprensivo sobre mecanismos de acción de acción de anticonceptivos.</p> <p>Porcentaje de adolescentes que cuentan con un negocio entre las que solicitaron servicios del MAE para iniciarlo.</p> <p>Número de usuarias adolescentes del MVCM y MAA que recibió al menos tres servicios de atención/protección contra la violencia.</p> <p>Eficiencia Costo de operación de los servicios (consejería en SSR y atención psicológica) por servicio entregado.</p> <p>Costo de capacitación en el curso de habilidades para la vida y el curso virtual en EIS por adolescente participante.</p> <p>Calidad Nivel de satisfacción de las adolescentes usuarias en relación con los servicios del MAA</p>	Datos administrativos de CM

11. Riesgos y recomendaciones

Cuadro 14: Riesgos y recomendaciones

Riesgos	Recomendaciones
Nivel de compromiso de las instancias para poner a disposición de CM los recursos financieros, humanos y técnicos que aseguren a largo plazo la continuidad de la atención y la sostenibilidad del MAA.	<ul style="list-style-type: none"> Firmar acuerdos interinstitucionales con los organismos participantes en el MAA y en las redes territoriales de referencia. Incorporar los servicios del MAA en normas y políticas que estén en proceso de diseño o revisión, incluyendo las relativas a la SSR, el EA, y violencia sexual. Documentar y difundir los beneficios para las instituciones participantes en el MAA, por ejemplo, aumento en la cobertura de servicios de planificación familiar, violencia, atención psicológica y EIS, además del desarrollo de capacidades del personal, fortalecimiento institucional, etc.
Limitaciones para alinear el quehacer de los otros módulos con el MAA.	Planificación conjunta anual y seguimiento trimestral entre las coordinadoras de los diferentes módulos, incluyendo actividades intermódulos con presupuesto asignado e indicadores para monitorear los indicadores de cada módulo en relación con las adolescentes.
Baja demanda de servicios del MAA por parte de las	<ul style="list-style-type: none"> Implementar una estrategia de inducción de demanda de servicios dirigida a las adolescentes y otras personas que

adolescentes debido a las barreras culturales, sociales, familiares y económicas.	<p>influyen en ellas (madres, padres, otros adultos, pares, pareja, líderes comunitarios, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar CM/MAA en los sistemas de referencia de otras instituciones en los territorios.
Resistencias de madres y padres a las intervenciones del MAA.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar una estrategia de inducción/generación de demanda de servicios y recursos de SSR y VCM que dirigida a aumentar el apoyo comunitario y familiar al acceso de las adolescentes a los servicios del MAA, enfatizando en la modificación de creencias y prácticas de madres, padres y otros adultos que limitan el uso de los mismos. • Apoyar la iniciativa del MEC con madres, padres y otros adultos para asegurar su alineación con las intervenciones y temas del MAA.
Limitadas competencias técnicas del personal para ofrecer atención amigable para adolescentes y riesgo de <i>burnout</i> o desgaste profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar un plan de desarrollo de competencias en atención amigable para adolescentes con todo el personal de CM que incluya cursos, conferencias virtuales para intercambio de experiencias y con expertas/os, y comunidades de prácticas temporales sobre temas específicos. . • Programa de autocuidado y seguridad de las proveedoras del MAA incluido en la planificación anual y con presupuesto asignado.
Alta rotación de personal en algunas instancias y disponibilidad limitada de algunas profesionales (psicólogas, educadoras)	<ul style="list-style-type: none"> • Firmar acuerdos institucionales que permitan garantizar la permanencia en el puesto de los RRHH asignados al MAA. • Asegurar la aplicación de políticas de personal que incluyan la evaluación del desempeño.
Descoordinación en la atención dentro del MAA	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a los casos y las referencias por parte de los RRHH del MAA y supervisión por la Coordinadora del módulo. • Reuniones periódicas de las funcionarias del módulo. • Revisión continua y actualización del protocolo del MAA.
Alta tasa de abandono en los cursos de habilidades para la vida y el curso virtual en EIS	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de incentivos aplicadas en todos los cursos • Tutoría virtual y facilitadoras presenciales con competencias técnicas para motivar la participación y cumplimiento de actividades de los cursos.
Dificultad de ofrecer servicios en horarios adecuados para las adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actividades los fines de semana y en horarios extendidos en las tardes.
Estigmatización de las usuarias de servicios de asistencia psicológica que se ofrece en el MAA	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar nombre a este servicios que no lo relacione con problemas crónicos de salud mental. • Desarrollar actividades en salas de espera de CM y MAA y en las comunidades obre la importancia del bienestar emocional para el desarrollo integral de las adolescentes, incluyendo la SSR.
Resistencias comunitarias e institucionales para aceptar el enfoque de derechos de las adolescentes que se aplicará a	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar en las actividades comunitarias contenidos específicos sobre la puesta en práctica del enfoque de derechos y sus beneficios para las adolescentes, las familias, las relaciones de pareja y las comunidades.

las intervenciones del MAA	
Limitaciones del contexto para que las adolescentes puedan poner en práctica las habilidades para la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar actividades con madres, padres y otros adultos así como las escuelas y grupos comunitarios para fortalecer factores protectores en los distintos contextos sociales en los que se desenvuelven las adolescentes.
Riesgo de sufrir daño físico y/o amenazas por parte del crimen organizado (pandillas, traficantes de personas, etc.) contra adolescentes usuarias del MAA y personal que trabajará a nivel comunitario.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias de coordinación con líderes e instancias locales para garantizar la integridad física y la seguridad de las adolescentes y el personal del MAA que trabajará en las acciones territoriales.

EDUCACION		NIVEL		GRADO CURSO		AÑOS APROBADOS		PROBLEMAS EN LA ESCUELA		AÑOS REPETIDOS		VIOLENCIA ESCOLAR		DESERCIÓN/EXCLUSIÓN		EDUCACIÓN NO FORMAL			
ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		No escolariz. <input type="checkbox"/>		Prim <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>		Sec <input type="checkbox"/> Univ <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Causa _____		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Causa _____		Cuál? _____			
Centro al que concurre _____																			
Observaciones _____																			
TRABAJO		ACTIVIDAD		EDAD INICIO TRABAJO		TRABAJO		TRAB. JUVENIL		HORARIO DE TRABAJO		RAZÓN DE TRABAJO		TRABAJO LEGALIZADO		TRABAJO INSALUBRE		TIPO DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> pasantía		<input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> desocupado		años <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> decento <input type="checkbox"/> precario		mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		_____	
<input type="checkbox"/> no y no busca		<input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia		años <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		peores formas de trabajo <input type="checkbox"/>		tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		_____	
Observaciones _____																			
VIDA SOCIAL		PAREJA		AMIGOS		ACTIVIDAD GRUPAL		ACTIVIDAD FÍSICA		COMPU-TADORA		JUEGOS Y REDES SOCIALES		OTRAS ACTIVIDADES					
ACEPTACIÓN <input type="checkbox"/> aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		horas por semana <input type="checkbox"/>		TV <input type="checkbox"/> horas por semana <input type="checkbox"/>		COMPU-TADORA <input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/>		JUEGOS Y REDES SOCIALES <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cúales? _____			
Observaciones _____																			
HABITOS		ALIMENTACION ADECUADA		COMIDAS POR DIA CON FAMILIA		TABACO		ALCOHOL		OTRA SUSTANCIA		CONDUCE VEHICULO		SEGURIDAD VIAL					
SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Frecuente <input type="checkbox"/> Edad de inicio años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		Frecuente <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		Episodios de intoxicaciones <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Episodios de intoxicaciones <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Cuál? _____		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>			
Observaciones _____																			
GINECO-UROLOGICO		FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION		CICLOS REGULARES		DISMENORREA		FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA		INFECCIONES		EMBARAZOS		HIJOS					
MENARCA/ESPERMARCA años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>		No conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Cuál? _____		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>					
Observaciones _____																			
SEXUALIDAD		PAREJA SEXUAL		EDAD INICIO REL. SEX.		DIFICULTADES EN REL. SEX.		ANTICONCEPCION		Inició MAC		Consejería		ACO de Emergencia		REFERENTE ADULTO			
RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> helero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		años <input type="checkbox"/> bajo coacción <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		condón <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Inició MAC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Consejería <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		ACO de Emergencia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		Cal: _____ Tel: _____			
Observaciones _____																			
SITUACION PSICO-EMOCIONAL		IMAGEN CORPORAL		ESTADO DE ANIMO		REFERENTE ADULTO		VIDA CON PROYECTO		REDES SOCIALES DE APOYO		REFERENTE ADULTO							
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> area preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás		<input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> retraído		<input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> angustiado <input type="checkbox"/> hostil		<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> fuera del hogar		<input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Cal: _____ Tel: _____							
Observaciones _____																			
EXAMEN FISICO		PESO (Kg)		Centil peso/edad		IMC		PIEL, FANERAS Y MUGOSA		CABEZA		AGUDEZA VISUAL		AGUDEZA AUDITIVA		BOCA Y DIENTES		CUELLO Y TIROIDES	
ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		TALLA (mm) <input type="checkbox"/>		Centil talla/edad <input type="checkbox"/>		Centil IMC <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		PRESION ARTERIAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		Centil PA <input type="checkbox"/>		ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		TANNER <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal		NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	
Observaciones _____																			
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL _____																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS _____																			
Responsable _____ Fecha próxima visita _____																			

Este color significa ALERTA

HDA/ESRVA-09/09 Secretaría de Salud - Honduras

SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS		HdA - FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		ESTABLE-CIMIENTO	H.C. N°
APPELLIDO Y NOMBRE _____ SEXO masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>					
N° Consulta de Salud Sexual y Reproductiva _____		EDAD meses _____ años _____		Fecha de última consulta principal día _____ mes _____ año _____	
FECHA día _____ mes _____ año _____		Referido por: _____		ESTUDIOS <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel	
Motivos de consulta: 1) _____ 2) _____ 3) _____		ACTIVIDAD trabaja <input type="checkbox"/> no, y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> horas por semana _____		ESTADO CIVIL soltero/a <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/>	
Fecha última menstruación <input type="checkbox"/> no conoce <input type="checkbox"/> corresponde día _____ mes _____ año _____					
DESARROLLO PUBERAL MUJER			HOMBRE		
TELARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____		PUBARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____		VELLO AXILAR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____	
MENARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____		PUBARQUIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____		VELLO AXILAR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> años _____	
RITMO MENSTRUAL _____ días		CANTIDAD escaso <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		COAGULOS si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
DOLOR MENSTRUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> premenstrual <input type="checkbox"/> menstrual <input type="checkbox"/> postmenstrual <input type="checkbox"/>		MASTODINIA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Observaciones: _____	
Otras molestias: _____					
SEXUALIDAD					
PAREJA ACTUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE RELACION años _____ meses _____		Calidad de la información: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Ninguna	
EDAD PAREJA _____		ACTIVIDAD DE LA PAREJA trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no, y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/>		TRABAJO DE LA PAREJA horas por semana _____	
ESTADO CIVIL DE LA PAREJA soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		NIVEL DE EDUCACION DE LA PAREJA no escolariz. <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/> primario <input type="checkbox"/> universitario <input type="checkbox"/>			
EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES años _____		TIPO EXPERIENCIA SEXUAL no <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/>		NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (pareja actual) no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/>	
Pareja sexual años _____		FRECUENCIA COITAL (pareja actual) _____ veces / día _____ semana _____ mes _____		NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (parejas pasadas) no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/>	
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES (petting IV) _____		MASTURBACION no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> años (inicio) _____ veces / día _____ semana _____ mes _____		Observaciones _____	
ABUSO SEXUAL					
Abuso sexual no <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/> reiterado <input type="checkbox"/>		Tipo de abuso _____		Edad agresor años _____	
Denuncia del abuso no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿Dónde? _____		¿Quién? _____		Cantidad de agresores _____	
		Edad inicio del abuso años _____		Tiempo años _____	
		TRATAMIENTO No <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cumplido <input type="checkbox"/>		Observaciones: _____	
METODOS ANTICONCEPTIVOS					
EMBARAZO CON USO de METODOS ANTICONCEPTIVOS <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		¿CUAL? _____		CONOCE M.A.C. si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Coito interrumpido <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HA USADO ANTES no <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/>		USO ACTUAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/>	
Ogino-Knauss (Calendario) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		FRACASO si (repetido) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		TEMOR AL USO si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Temperatura basal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INDICADO POR: médico <input type="checkbox"/> auto-indic. <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>			
Billings <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Condón <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Diaphragma <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Espermicidas <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Horm. Oral (píldora) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Horm. Iny. depósito <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Horm. Iny. mensuales <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Horm. subcutáneos <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Antic. emergencia <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
D.I.U. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Esterilización fem. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Esterilización masc. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
Lavado vaginal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
OTROS: _____					
Razón de su NO uso en adolescentes con experiencia sexual: _____					

Este color significa ALERTA

Secretaría de Salud, Honduras
FSRESAVA-06-07

CLAP/SSR-OPS/OMS

Este color significa ALERTA

I.T.S.	¿Tiene alguna?	¿Ha tenido alguna?	Tratamiento
	¿Conoce alguna? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuáles? _____ _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿tiene alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____

Observaciones: _____

FECUNDIDAD		Edad 1er. embarazo	Patología en embarazo	PESO	
EMBARAZOS	abortos = <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> esp. provocados emb. ecléptico	_____ años	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	1er R.N	<input type="text"/> g
EMBARAZO ACTUAL	nacimientos = <input type="text"/> + <input type="text"/> n/c. vivos n/c. muertos	Edad 1er. parto	¿Cuál? _____	2do R.N	<input type="text"/> g
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	Lactancia actual si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> Lactancia pasada si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	_____ años	Hospitalizaciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Infecciones no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	3er R.N	<input type="text"/> g
	Máxima lactancia	_____ meses	Regulación menstrual	4to R.N	<input type="text"/> g
			si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		

Observaciones: _____

EXAMEN FISICO	PATRON DE VELLO CORPORAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		Completar el examen físico en el formulario H5A - Consulta Principal	
GENITO-URINARIO	Actual	MOLESTIAS	SECRECION URETRAL	Actual
FLUJO VAGINAL	no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>
OLOR		TRATAMIENTO	OLOR	MOLESTIAS
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/>
GOLOR	DURACION		COLOR	TRATAMIENTO
_____	_____ días		_____	n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

EXAMEN GINECOLOGICO										Toma de muestras	
TANNER mamas	VULVA	CLITORIS	HIMEN	VAGINA	CUELLO UTERINO	CUERPO UTERINO	TACTO VAGINAL	ANEXO IZQ.	ANEXO DER.	EXAMEN MAMARIO	
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>								

Observaciones: _____

EXAMEN GENITAL MASCULINO						Observaciones:		
TANNER genitales	PENE CUERPO	GLANDE	PREPUCIO	SECRECION	ESCROTO	TESTICULO DERECHO	TESTICULO IZQUIERDO	EXAMEN MAMARIO
normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>						

Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores: _____

EXAMENES COMPLEMENTARIOS																	
Hemograma	Sedimento urinario	Químico de orina	Urocult. y antibiogr.	Utema	Glicemia	Nitrógeno ureico	Perfil lipídico	VDRL u otro	VH	Papanicolaou	Test de Schiller	Examen fijo vaginal	Cultivo fijo vaginal	Perfil hormonal	Radiografía	Ecografía	Colposcopia
pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/>																	

Diagnósticos	1	2	3	Tratamientos:	1	2	3
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observaciones, indicaciones o interconsultas: _____

Responsable	_____	Fecha próxima visita	_____ día _____ mes _____ año
-------------	-------	----------------------	-------------------------------

CLAP/SSR-OPS/OMS

-
- ¹ CEPAL (2015). Proyecciones de población. Santiago de Chile. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39228/1/S1500643_mu.pdf
- ² Dinys Luciano y Martin Negrete. Análisis de datos seleccionados sobre embarazo adolescente, conocimiento, utilización y acceso a servicios y recursos de salud sexual y reproductiva, atención a la violencia y normas de género en adolescentes de 15-19 años en Honduras - ENDESA 2011/12. Consultoría del BID. Versión del 25 de mayo de 2016. Washington DC.
- ³ CEPAL y UNFPA (2012). Invertir en juventud en América Latina y el Caribe un imperativo de derechos e inclusión. Santiago de Chile. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3130-informe-regional-de-poblacion-en-america-latina-y-el-caribe-2011-invertir-en>
- ⁴ CEPAL y UNFPA (2012). <http://www.cepal.org/es/publicaciones/3130-informe-regional-de-poblacion-en-america-latina-y-el-caribe-2011-invertir-en>
- ⁵ OPS/OMS (2012). Salud en las Américas. http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=43:honduras&option=com_content&Itemid=&lang=es
- ⁶ UNICEF (2008). Desarrollo positivo del adolescente en América Latina y el Caribe. Panamá. [http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP(2).pdf)
- ⁷ Secretaría de Salud. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes. Diagnóstico Situacional en Honduras <http://www.bvs.hn/bva/fulltext/salud.pdf>
- ⁸ Dinys Luciano y Martin Negrete. Análisis de regresión logística sobre factores asociados al embarazo precoz en Honduras de los datos de ENDESA 2011/12 . Consultoría del BID. Versión del 22 de abril de 2016. Washington DC
- ⁹ Membreño Idiaquez M et al. (2015). Aproximación a la situación de violencia contra las mujeres y niñas migrantes de los países del Triángulo Norte. Corte Centroamericana de Justicia, UNFPA y ONU Mujeres.
- ¹⁰ Secretaría de Salud (2014). Encuesta Mundial de Salud a Escolares – Honduras.
- ¹¹ SESAL. Plan Nacional de Salud 2021. <http://asjhonduras.com/cms/docs/plandepais/Plan%20nacional%20de%20salud%202021.pdf>
- ¹² Secretaría de Salud y OPS/OMS (2008). Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Honduras utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS). http://www.who.int/mental_health/honduras_who_aims_spanish.pdf
- ¹³ UNAH-IUDPAS y Ministerio Público. Observatorio de la Violencia Edición No.40, Febrero 2016. <http://www.iudpas.org/pdf/Boletines/Nacional/NEd40EneDic2015.pdf>
- ¹⁴ Instituto Nacional de la Juventud. Política Nacional de Juventud 2010- 2014. Honduras. http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/pol%C3%ADticas_p%C3%ADticas_p%C3%ADticas%20Nacional%20de%20la%20Juventud%20Oficial.pdf
- ¹⁵ SESAL (2012). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes de Honduras.
- ¹⁶ SESAL (2012). Estrategia Metodológica de los Servicios de Planificación Familiar http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JBKJ.pdf
- ¹⁷ INFOP. <http://infop.hn>
- ¹⁸ Plan Internacional y UNICEF (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Panamá.
- ¹⁹ PSI and PASMO (2016). Crisis in the Triangle: Addressing Adolescent Reproductive Health & Violence Prevention in El Salvador, Guatemala and Honduras. [http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-15/Sifpo-Crisis%20in%20the%20Triangle%20Revised%2006%2023%2016%20\(003\)_1.pdf](http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2016-07-15/Sifpo-Crisis%20in%20the%20Triangle%20Revised%2006%2023%2016%20(003)_1.pdf)
- ²⁰ Pittman, Karen. Shifting the focus: An interdisciplinary approach to advancing violence prevention. Prevention Institute. <http://www.preventioninstitute.org/shiftstrength.html>
- ²¹ O’Keefe, M. (2005, April). Teen Dating Violence: A Review of Risk Factors and Prevention Efforts. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Retrieved month/day/year, from: <http://www.vawnet.org>
- ²² Copeland-Linder N, Lambert SF and Lalongo NS. Community Violence, Protective Factors, and Adolescent Mental Health: A Profile Analysis . J Clin Child Adolesc Psychol. 2010; 39(2): 176–186. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584688/pdf/nihms280517.pdf>
- ²³ P.M. Duncan et al. Inspiring Healthy Adolescent Choices: A Rationale for and Guide to Strength Promotion in Primary Care. *Journal of Adolescent Health* 41 (2007) 525–535. [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(07\)00240-6/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(07)00240-6/pdf)
- ²⁴ Brooks FM1, Magnusson J, Spencer N, Morgan A. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *J Public Health (Oxf)*. 2012 Mar;34 Suppl 1:i48-56. doi: 10.1093/pubmed/fds001. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22363031>
- ²⁵ Zimmerman, M. A. (2013). Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 40(4), 381–

383. <http://doi.org/10.1177/1090198113493782>
- ²⁶ [http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP(2).pdf)
- ²⁷ F.M. Brooks, J. Magnusson, N. Spencer, and A. Morgan. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *J Public Health* (2012) 34 (suppl 1): i48-i56 doi:10.1093/pubmed/fds001
- ²⁸ Park HY, Heo J, Subramanian SV, Kawachi I, Oh J (2012) Socioeconomic Inequalities in Adolescent Depression in South Korea: A Multilevel Analysis. *PLoS ONE* 7(10): e47025. doi:10.1371/journal.pone.0047025. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0047025>
- ²⁹ Elgar, F.J. and C. Currie (2016). Early-life Exposure to Income Inequality and Adolescent Health and Well-being: Evidence from the Health Behaviour in School-aged Children Study, *Innocenti Working Paper* No.2016-07, UNICEF Office of Research, Florence.
- ³⁰ Abramsky T, Devries KM, Michau L, et al. Ecological pathways to prevention: How does the SASA! community mobilisation model work to prevent physical intimate partner violence against women? *BMC Public Health*. 2016;16:339. doi:10.1186/s12889-016-3018-9.
- ³¹ Natasha E. Latzman, Alana M. Vivolo-Kantor, Phyllis Holditch Niolon, Sharon R. Ghazarian, Predicting Adolescent Dating Violence Perpetration. Role of Exposure to Intimate Partner Violence and Parenting Practices. *American Journal of Preventive Medicine*. Volume 49, Issue 3, Pages 476–482. [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(15\)00280-9/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00280-9/fulltext)
- ³² Emily F. Rothman Megan H. Bair-Merritt, Andra Teten Tharp. Beyond the Individual Level Novel Approaches and Considerations for Multilevel Adolescent Dating Violence Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. Volume 49, Issue 3, Pages 445–447. [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(15\)00260-3/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(15)00260-3/fulltext)
- ³³ Sarah DeGue, Linda Anne Valle, Melissa K. Holt, Greta M. Massetti, Jennifer L. Matjasko, Andra Teten Tharp. A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*. Volume 19, Issue 4, July–August 2014, Pages 346–362. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178914000536>
- ³⁴ WHO (2009). Quality assessment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44240/1/9789241598859_eng.pdf
- ³⁵ Vázquez M y Hale F (2011). Consideraciones éticas para una respuesta integrada a los derechos humanos, el VIH y la violencia contra las mujeres en Centroamérica. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA). Washington DC
- ³⁶ UNICEF. The CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD. Guiding principles: general requirements for all rights. http://www.unicef.org/crc/files/Guiding_Principles.pdf
- ³⁷ Gabriela Vega. Nota técnica sobre atención al embarazo adolescente basado en la evidencia en el contexto de Ciudad Mujer en El Salvador. Enero de 2016. Washington DC
- ³⁸ WHO and UNFPA. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf
- ³⁹ Advocates for Youth. Best Practices for Youth Friendly Clinical Services. <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/1347--best-practices-for-youth-friendly-clinical-services>
- ⁴⁰ Gabriela Vega, 2016. Ibid...
- ⁴¹ WHO (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents. Volume 2: Implementation guide 4 v. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/4/9789241549332_vol2_eng.pdf
- ⁴² National Adolescent and Young Adult Health Information Center (2014). A Guide to Evidence-Based Programs for Adolescent Health. <http://nahic.ucsf.edu/wp-content/uploads/2014/08/Evidence-Based-Guide.pdf>
- ⁴³ Ministerio de Salud de Chile (2015). Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes: Orientaciones para los equipos de Atención Primaria.
- ⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud (2005).Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C.
- ⁴⁵ EngenderHealth (2003). Comprehensive counseling for reproductive health. New York
- ⁴⁶ Ministerio de Salud (2012). Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Argentina
- ⁴⁷ Ontario Centre Of Excellence (2012). Brief mental health services for children and youth. Canada http://www.excellenceforchildandyoung.ca/sites/default/files/policy_brief_mental_health_services_1.pdf
- ⁴⁸ Center for Substance Abuse Treatment. Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 1999. (Treatment Improvement Protocol (TIP)

Series, No. 34.) Chapter 1—Introduction to Brief Interventions and Therapies. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64950/>

⁴⁹SAMHSA. Prevention of Substance Abuse & Mental Illness. <http://nrepp.samhsa.gov/AllPrograms.aspx>

⁵⁰ John M. Littrell, Ed. And Kirk Zinck, Brief Counseling with Children and Adolescents.

<https://www.academicvideostore.com/sites/default/files/video-attachments/013%20BC%20Child%20and%20Adolc.pdf>

⁵¹ Bureau of Children’s Behavioral Health Services. Guidelines for Best Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. http://www.dhs.pa.gov/cs/groups/public/documents/manual/s_001583.pdf

⁵² Ibararán, P., L. Ripani, B. Taboada, J.M Villa 2012. “Life Skills, Employability and Training for Disadvantaged Youth: Evidence from a Randomized Evaluation Design”. Documento mimeografiado.

⁵³ Rosenberg, M. 1989. “Society and the Adolescent Self-Image.” Revised Edition. Middletown, C.T: Wesleya University Press.

⁵⁴ Duckworth, A.L., C. Peterson, M.D. Matthews and D.R.Kelly. 2007. “Grit: Perseverance and Passion for Long-Term Goals.” *Journal of Personality and Social Psychology* 92(6):1087-1101.

⁵⁵ Secretaría de Educación (2015). Cuidando mi salud y mi vida. Guía metodológica para docentes. III Ciclo de Educación Básica. Séptimo, Octavo y Noveno Grados. República de Honduras.

⁵⁶ Schön, Donald. La formación de profesionales reflexivos, Barcelona, Paidós, 1992; Davini, M.C. Enfoques, problemas y perspectivas en la capacitación y desarrollo permanente de los recursos humanos de salud. OPS-OMS, 2001

⁵⁷ UNFPA (2015). The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes. New York.

⁵⁸ Adaptado de: Dinys Luciano. Organización y funcionamiento del proceso de atención del módulo de violencia contra las mujeres de Ciudad Mujer Honduras. Versión final. 20 de enero de 2016. Washington DC.

**PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL MODULO DE
ATENCIÓN INFANTIL**

CIUDAD MUJER/ HONDURAS

ENERO 2016

Elaborado por Fundación PLENUS y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con la participación de la Fiscalía Especial de la Niñez -FEN, y la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia -DINAF.

En la coordinación del Equipo de País participaron la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social –SEDIS, el Instituto Nacional de la Mujer (INAM) y el Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras.



ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

PRESENTACIÓN

1. OBJETIVOS DEL MAI.....	1
1.1. OBJETIVO GENERAL	1
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
2. PRINCIPIOS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	1
3. INSTITUCION COORDINADORA Y DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS.....	4
3.1. ENTIDAD COORDINADORA E INSTITUCIONES PARTICIPANTES.....	4
3.2. DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS.....	4
3.3. MODELO DE ATENCIÓN	7
3.3.1. Enfoque del modelo	8
4. PROCEDIMIENTO INTEGRADO DEL MAI	11
4.1. PROCEDIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INFANTIL	11
5. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA INTERNO	14
6. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNO.....	15
7. PERSONAL QUE INTEGRAS EL MAI	15
8. REQUERIMIENTOS E INSUMOS	17
8.1. Requerimiento de adecuación de los espacios a necesidades infantiles	17
8.2. INSUMOS.....	18
9. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	19
Anexo	23

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Consideraciones éticas

Cuadro 2. Organización de espacios y actividades en las salas de atención infantil

Cuadro 3. Procedimiento para la atención infantil

Cuadro 4. Intersección del MAI con los otros módulos de CM

Cuadro 5. Personal que integra el MAI, perfiles y funciones

Cuadro 6. Listado mínimo de insumos requeridos

Cuadro 7. Monitoreo y evaluación

Cuadro 8. Riesgos y recomendaciones para el funcionamiento del MAI

SIGLAS Y ACRONIMOS

CCM	Centro Ciudad Mujer
CM	Ciudad Mujer
DINAF	Dirección Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia
FEM	Fiscalía Especial de la Mujer
FEN	Fiscalía Especial de la Niñez
MAI	Modelo de Atención Infantil
MVCM	Módulo de Violencia contra las Mujeres
MSSR	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

PRESENTACIÓN

La atención integrada e integral a las mujeres requiere tomar en consideración todas sus necesidades, en particular aquellas que surgen con base a la asignación de roles tradicionales que la sociedad patriarcal le impone.

En la mayoría de los casos cuando una mujer acude a un centro de servicios va acompañada de niñas y niños, que son sus hijas, hijos o dependientes, a quienes no tiene la oportunidad de dejar en algún lugar o con alguna persona para que los cuide, mientras ella se toma el tiempo para atender sus propias necesidades.

Es necesario que las usuarias de los Centros Ciudad Mujer (CCM), se sientan cómodas de que las niñas o niños acompañantes estén bien atendidos y en un lugar seguro, en especial si las mujeres acuden al Centro buscando apoyo por haber sufrido o estar sufriendo una situación de violencia.

El Módulo se identifica bajo la visión de la atención infantil, y no de una “guardería”, con la idea que los niños y las niñas que hacen uso de los servicios que ofrece el módulo, recibirán una atención integral en distintos aspectos que potencian su desarrollo. Independientemente del tiempo que permanezcan en el mismo, no estarán siendo “custodiados” o “guardados” sino atendidos y recibiendo algún tiempo de servicio para su beneficio, estimulación y desarrollo (ver en Anexo No.1 Marco conceptual).

El Módulo de Atención Infantil busca estructurar y hacer combinar de manera eficiente la labor de atención a niñas y niños acompañantes y las usuarias mientras reciben los servicios en los CCM, y el apoyo de orientación de la atención que pueden brindarles desde sus propias familias.

El presente Protocolo normará el funcionamiento del Módulo y deberá ser revisado al menos cada dos años. La entidad Coordinadora del Módulo será la entidad responsable de su actualización y deberá socializarlo con la entidad gestora del Programa Ciudad Mujer en Honduras.

1. OBJETIVOS DEL MAI

Los alcances de este módulo se relacionan con los periodos de atención que las usuarias pasan en el CCM y la aplicación que cada usuaria haga de las recomendaciones que ha recibido en el módulo sobre cómo apoyar el desarrollo de la niña y del niño desde el hogar.

1.1. OBJETIVO GENERAL

Brindar servicios de atención infantil, que contribuyan a que las mujeres que asistan a las CCM hagan una mayor utilización de los servicios brindados.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Mejorar la calidad de los servicios de los CCM y la comodidad de las usuarias mientras hacen uso de dichos servicios, asegurando que el cuidado y seguridad de las niñas y niños acompañantes.

1.2.2. Promover la estimulación temprana, apoyo preescolar y escolar, lactancia materna y la nutrición infantil, a través de consejos a las madres o responsables que visitan los CCM.

1.2.3. Brindar apoyo en la detección de situaciones de maltrato y/o violencia contra estos niños y niñas acompañantes, para su consecuente orientación al Módulo de atención a la violencia contra las mujeres (MVCM) o referencia externa, según proceda.

2. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios que regulan esta atención van en consonancia con los principios que rigen los Tratados y Convenciones de protección de derechos de la niñez que han sido ratificados por el Estado en Honduras, así como por el marco normativo vigente en el país (ver Anexo 2. Marco Legal).

Cuadro 1. Consideraciones éticas

PRINCIPIO	ACCIONES
Principio de no discriminación	Aplicable a todos los niños y niñas, cualquiera que sea la raza, religión o habilidades; cualquiera que sea el tipo de familia de la que vengan. Sin importar dónde viven, qué idioma hablan, qué es lo que hacen sus padres y madres, la cultura de la que provienen, si tienen alguna discapacidad o su condición económica. No hay causa que justifique el trato desigual a las niñas y niños.
Principio de observar siempre el interés superior del niño.	Cuando se va a tomar una decisión que puede afectarles, lo primero en lo que debe de pensar quien tomará la decisión es en su beneficio. Los adultos (las funcionarias del CCM) deben de hacer aquello que es mejor para las niñas y los niños.
Principio de no revictimización	Durante el abordaje de casos de niñas y niños que experimentan violencia no se deben realizar prácticas o procedimientos que conduzcan a su revictimización, que les cause estrés psicológico como consecuencia de declaraciones reiteradas, rememoración de los hechos en un ambiente muy formal y distante, que no permita la comprensión y tranquilidad del niño o niña, por medio de interrogatorios repetidos, demoras prolongadas o innecesarias, declaración frente a la persona acusada y otros requerimientos legales que pueden ser intimidantes, y causar repercusiones a largo plazo en su desenvolvimiento.
Principio de confidencialidad y protección de la intimidad	<p>El contenido de los expedientes de las niñas y niños sólo podrá ser conocido por los empleados o funcionarios directamente involucrados en su tramitación. Sólo a petición de los representantes legales y de las autoridades competentes se extenderán constancias o certificaciones relacionadas con las niñas y niños atendidos en el Centro Ciudad Mujer (CCM).</p> <p>Todas las declaraciones o testimonios brindados por niñas o niños que experimenten violencia, sean testigos de hechos de violencia o hechos delictivos serán confidenciales. Se tomarán medidas para proteger su intimidad y evitar la divulgación de información que permita su identificación.</p>

PRINCIPIO	ACCIONES
<p>Seguridad y reducción del riesgo de daños no intencionales</p>	<p>El personal que participe en actividades o cuidado de personas que experimentan situaciones de violencia contra niñas y niños debe compartir una obligación ética primordial para evitar hacerles daño. Esto incluye no sólo el evitar ocasionarles daños directos e inmediatos a las y los niños que atienden sino que implica también tener la obligación de sopesar cuidadosamente las consecuencias futuras y las repercusiones de su trabajo y sus decisiones en las demás personas que pueden ser afectadas (American Anthropological Association, 2010). El personal que trabaja en este tema tienden a enfrentar dilemas complejos a la hora de determinar los daños y cómo asegurar "los mejores intereses de cada niña o niño, que deben ser protegidos por encima de cualquier otra consideración " (UNICEF, N/D).</p>
<p>Principio del derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo</p>	<p>Los gobiernos deben asegurar que crezcan y se desarrollen (o sean atendidos) saludablemente. En este principio se enmarca la aplicación de la Ley de fomento y protección de la lactancia materna (2013) en la que se promueve la alimentación de lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de edad y se recomienda su continuidad por lo menos hasta los 2 años de edad, sin agregar a la leche materna agua, jugos, tés u otros líquidos o alimentos. Todos los establecimientos públicos y privados en los que se prestan servicios prenatales, atención de partos y atención infantil están obligados a poner en práctica la política oficial y las normas de lactancia materna establecidas por la SESAL</p>
<p>Principio de las niñas y niños a la participación y a ser escuchados</p>	<p>Cuando los adultos toman decisiones que les pueden afectar, los niños y niñas tienen derecho a decir lo que piensan y su opinión debe ser tomada en cuenta. Las personas adultas deben de escuchar las opiniones de las niñas y niños e involucrarlos en la toma de decisiones. La Convención reconoce que el nivel de participación en las decisiones debe de ser apropiado para el nivel de madurez de cada niño y niña.</p>

PRINCIPIO	ACCIONES
Atención especializada con recursos humanos con competencias clave	Atención especializada con recursos humanos con competencias claves en los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de género y educación no sexista • Enfoque de derechos • Atención a la diversidad: Personas con capacidades especiales • Violencia contra niñas y niños • Salud y nutrición • Pedagogía y didáctica (con enfoque lúdico y metodologías activas)

3. INSTITUCION COORDINADORA Y DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

3.1. ENTIDAD COORDINADORA E INSTITUCIONES PARTICIPANTES.

El Módulo de Atención Infantil (MAI), es un módulo de apoyo al resto de módulos que brindan servicios a las usuarias del CCM, y es un módulo estratégico en la protección y atención integral de las niñas y los niños que acompañan a las usuarias.

La institución coordinadora del módulo será la instancia gestora del CCM, es decir, la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social (SEDIS).

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

Por atención infantil se entiende la prestación de servicios a los niños y niñas, en un mismo espacio que se dedica a su cuidado, mientras acompañan a sus madres o responsables. Se identifica como una necesidad de las madres y mujeres responsables de las y los niños acompañantes, de dejarlos en un lugar especializado y acondicionado de manera adecuada mientras ellas hacen uso de las instalaciones de los CCM.

Si bien, por las características de la atención que reciben las y los niños en este módulo (de corto tiempo y de manera esporádica) no hay un programa educativo formal e institucionalizado, sí se desarrollan diferentes actividades, tendientes a la educación y socialización; además busca acompañar la prestación de servicios integrales a las mujeres, apoyando en la detección y apoyo de situaciones de violencia o maltrato que puedan estar sufriendo las y los niños acompañantes.

Se atiende a niñas y niños menores de 12 años, y a niñas mayores de 12 años, que pueden permanecer en las salas de apoyo en la educación, que bien pueden

ser salas de cómputo para niños y niñas o de lectura, apoyo en la lecto-escritura, sala de videos educativos, entre otras.

Los servicios brindados son los siguientes:

Estimulación temprana

Es toda aquella actividad de contacto o juego con una niña o niño, que propicia, fortalece y desarrolla adecuada y oportunamente sus potencialidades. En la práctica, consiste en proporcionar juegos y recursos lúdicos algunas veces guiados, a las niñas y niños que asisten al módulo, y brindar las recomendaciones de como continuar con dicha estimulación en el hogar a las madres, por lo general se desarrolla con niños y niñas de los 0 a los 3 años de edad.

Educación preescolar

Se refiere al tipo de atención o de formación que una niña o niño recibe en la edad anterior a su incorporación al sistema educativo obligatorio, y que por lo general se encuentra entre los 3 y los 6 años de edad. Se busca en términos generales estimular las áreas del conocimiento que se pretende potenciar en la etapa escolar, como son la motricidad (gruesa y fina), la curiosidad, la creatividad, la sociabilidad, entre otras.

Apoyo o refuerzo escolar

Son las estrategias relacionadas con el aprendizaje para complementar algunas carencias a la hora de asimilar conocimientos; para el caso del módulo se relacionan con áreas que los niños y las niñas mayores de los 6 años de edad comentan o declaran sienten que necesitan un apoyo particular que puede ser suplido en un periodo corto de tiempo o que es de su interés, como computación, lectura, matemática, entre otros, o simplemente son actividades formativas que el niño o niña reconoce como su propio pasatiempo, como el colorear, dibujar, etc.

El MAI ha sido acondicionado para brindar atención a niñas y niños de diferentes grupos etarios (de tres meses a doce años de vida). Se pueden recibir niñas y niños menores de 3 meses, siempre y cuando queden bajo el cuidado de una acompañante. Si la madre no lleva acompañante, se le permite dejar a el/la recién nacido/a y se le solicita que esté pendiente de su bebé, regresando cada momento que pueda a la sala para atenderlo; además, se coordina con los otros módulos en donde recibirá atención a efectos de solicitar prioridad para ella de cara a agilizar los servicios y trámites que esté realizando. Los niños mayores de 12 años no serán aceptados en el módulo.

Si una o un bebé está llorando mucho se procede a localizar a la madre para que llegue un momento y luego lo deje de nuevo tranquilo; ya que la mayoría de las veces lo que necesita es alimento. Lo mismo se hace en las otras salas; aun cuando la niña o niño no llore por alimento, es necesario llamar a la madre o responsable para que se sienta seguro de que ella está cerca.

Se cuentan con 3 Salas de atención:

- Sala cuna: de 3 meses a 2 años de edad
- Sala A: de 3 a 6 años de edad
- Sala B: de 7 a 12 años

Dado que las niñas y niños no asisten a la misma hora, ni conforman un mismo grupo, se vuelve necesario diseñar rutinas por cada niña o niño visitante que permita alternar momentos de descanso con momentos de actividad, así como variación de actividades en el exterior e interiores, o actividades manuales, de manera individual y en compañía de otros.

Según las edades, se deben estructurar períodos de tiempo mayores o menores, recomendando para las y los más pequeños períodos de 15 a 20 minutos por actividad, salvo casos en los que el niño o la niña desee lo contrario. Para ofrecer actividades siempre habrá que tener en cuenta el desarrollo del niño o la niña, la edad y sus intereses. Únicamente se atenderá a niñas y niños en edad escolar luego de verificar que durante la visita de la madre o responsable las niñas y los niños se encuentran fuera de su horario de clases. Esto se hace con el propósito de asegurar que las niñas y niños asistan a la escuela. La visita de la madre o responsable al CCM no debe afectar la asistencia de las niñas y niños a la escuela.

La estadía en el módulo oscila, en promedio, entre 2 o 3 horas pero hay ocasiones, como cuando la madre o responsable está atendiendo un curso de formación, que la estadía puede llegar a extenderse todo el día. Hay cursos de formación que duran toda una semana.

Registro de las niñas y niños al módulo:

Esta área tiene como función principal el registro, acogida y motivación de las niñas y niños. La persona encargada de la recepción y registro en el módulo verifica la condición de salud para identificar si hay síntomas que ameriten referencia a la pediatra u otra profesional. Si la niña o el niño vienen en estado febril se le explica a la madre o responsable que no puede ser aceptado en el módulo porque el niño o la niña requiere cuidado y porque podría poner en riesgo la salud del resto de niñas y niños en el módulo. En ese caso se le explica a la madre o acompañante que la niña o niño necesita su atención y se le solicita que re programe su cita para poder atenderlo debidamente.

En el área de registro se hace la recepción de alimentos y otras pertenencias (ropa, pañalera y otros), colocando todos los objetos en un espacio adecuado con su respectiva identificación y los alimentos que se descomponen con mayor facilidad se depositan en el refrigerador.

Para el registro de cada niña o niño, una persona responsable ingresa los datos principales de manera electrónica y manual. Los datos electrónicos son:

- Nombre de la niña o el niño
- Sexo
- Edad

- Responsable/parentesco
- Dirección
- Estado de salud
- Hora de ingreso
- Hora de salida
- Fecha

Los datos manuales son:

- Nombre de la niña o niño
- Nombre de la persona responsable
- Hora de ingreso/firma
- Hora de salida/firma

Distribución de complemento alimentario:

Se sugiere brindar refrigerio que contiene: incaparina, leche de sabores, galleta y fruta. Este refrigerio asegura el valor nutricional.

Para la hora del almuerzo, las madres o responsables serán las encargadas de llevar a sus hijas e hijos o niñas a la cafetería y en caso de que no lleguen a traerlos se les vuelve a ofrecer el refrigerio con el cual cuenta el MAI. La cantidad de niñas y niños que permanecen a la hora del almuerzo es variable, siendo esta una minoría.

Este complemento alimentario es gratuito, como el resto de servicios en el CM.

3.3. MODELO DE ATENCIÓN

El modelo de atención que se brinda se caracteriza por ser no escolarizado, es decir, que las niñas y niños aprenden libremente con la ayuda de diversos agentes educadores y está basado en sus intereses, estimulando el aprendizaje por medio del juego, abordando aspectos culturales, en un espacio de protección, con recursos y jornadas diseñadas para hacer de su estadía, un momento agradable de nuevos niveles de logros de su desarrollo integral.

El modelo de atención a la niñez en el MAI de cada CCM parte del principio del interés superior de la niña o niño. Se entiende por interés superior toda situación que favorezca su desarrollo físico, espiritual, psicológico, moral y social para lograr el pleno y armonioso desenvolvimiento de su personalidad.

La meta u objetivo será promover el desarrollo pleno, pertinente partiendo a la diversidad e individualidad de niñas y niños. El concepto de desarrollo que se promueve es progresivo y secuencial, ajustado a cada estadio o etapa evolutiva. Los contenidos que se imparten favorecen que las y los niños experimenten y construyan su propio aprendizaje. El método que se utiliza por medio de la creación de ambientes favorables para fortalecer su proceso experiencial de aprendizaje.

La relación entre las funcionarias del módulo estará basada en la confianza y el respeto mutuo. Las educadoras de los módulos serán afectivas y altamente motivadoras con las niñas y niños que asisten al MAI.

La detección de vulneración de derechos de las y los niños, los mecanismos de detección y referencia son parte importante del modelo de atención del MAI: Las hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia física, psicológica, patrimonial y sexual son víctimas también de esa violencia, y como tales, deben de recibir atención psicológica de parte del CCM. La exposición que sufren a la violencia puede tener repercusiones negativas, significativas en el desarrollo emocional, social, cognitivo y académico.

Los mecanismos de detección son:

- Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad y agresividad.
- Síntomas depresivos: llanto, baja autoestima y tristeza.
- Miedo al abandono de la madre.
- Problemas de integración a la sala: dificultad para compartir con otras niñas y niños.
- Respuestas emocionales y de comportamiento: cambios repentinos de humor, sensación de desprotección, dificultad para expresar emociones.
- Parentalización: asumir roles parentales protectores hacia los hermanos de menor edad.

Cuando se observa alguna conducta anormal o algún síntoma de los anteriores, la psicóloga del MAI realiza una evaluación exhaustiva en la búsqueda de problemas de maltrato o abuso sexual y determina la referencia oportuna al MVCM. Si es necesario realizarán una reunión conjunta entre las dos psicólogas (del MAI y del MVCM) con las Coordinadoras de ambos módulos así y la Coordinadora de Módulos o sólo las psicólogas para determinar pasos a seguir.

3.3.1. Enfoque del modelo

El modelo está basado, en primera instancia, en la Convención sobre los Derechos del Niño, en las Leyes de protección de la Niñez y Adolescencia, que responsabilizan al Estado como ente garante del bienestar de la familia. En segunda instancia, será consistente con el enfoque utilizado en el Sistema Educativo Nacional.

La aplicación de este modelo es consecuente con un principio constructivista: los protagonistas en el proceso son las y los niños. El modelo también es holístico, ya que ofrece diversas oportunidades que estimulen el desarrollo a niñas y niños y se basa, además, en una visión meta-cognitiva, con acciones como; aprender saber, aprender hacer, aprender a ser y aprender a convivir juntos.

El enfoque respeta el derecho de la niñez a recibir una atención de calidad que le brinde protección, desarrollo y capacidad de participación. Por otro lado, el

enfoque es comunicativo y lúdico, en tanto, fortalece las habilidades comunicativas como actividades cotidianas, aprendiendo por medio del juego de forma placentera.

Se implementa la metodología de “rincones o zonas de juego”, donde se dispone de juguetes atractivos, seguros y de acuerdo a la edad de la niñez, estos están organizados por categorías.

La organización de los espacios y las actividades difieren en cada Sala, como puede verse en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Organización de espacios y actividades en las Salas de Atención Infantil

<p>Sala Cuna De 3 meses a 2 años</p>	<p>Sala A De 3 a 6 años</p>	<p>Sala B De 7 a 12 años</p>
<p>Zona para lactancia materna: al llegar una niña o un niño se le pregunta a la madre si ya está alimentado; si ya lo está, se procede a cambiarle su pañal de tela por uno desechable, si es necesario. Si ya lleva pañal desechable, entonces ya no se le cambia. Si aún no está alimentado, se pasa a la madre a la zona de lactancia para que lo alimente y luego se procede al paso de cambio de pañal.</p> <p>Zona de motricidad (gateo): si la niña o niño no tienen sueño, se les pasa a la alfombra para que interactúe con los demás niñas o niños y con los diferentes juguetes que se</p>	<p>Zona tranquila: es un espacio de relajación y descanso, en el que pueden permanecer en silencio o simplemente descansando. Hay colchonetas, sillas cómodas, almohadas o cojines, bolas de arena u otro material anti-estrés, juguetes de ensamblar para relajar, rompecabezas, materiales para escribir y leer, entre otros.</p> <p>Zona de creatividad: para realizar cualquier tipo de manualidad, dibujo libre y/o pintura según la creatividad e individualidad de la niña o el niño. Se hace uso de material reciclable. Algunos materiales en esta zona son: colores, papeles de diferentes colores, crayolas, pinceles, pizarra pequeña, tijeras sin punta, pegamento, pintura de dedo o témpera, no tóxica, entre otros.</p>	<p>Zona de relajación: espacio para sí misma o sí mismo, para descansar, para pensar, crear, en el que pueden permanecer en silencio, tranquilos, escuchando música o simplemente descansando en las colchonetas o sillas cómodas. Este espacio debe de estar colocada en la zona menos ruidosa y de menor tránsito en el salón. Los materiales que se usan son: MP3 con audífonos, libros, colchonetas, almohadas, sillas, cómodas, espejo grande, bolas de arena, juguetes de ensamblar, entre otros.</p> <p>Zona de expresión: que les permite realizar cualquier tipo de expresión artística como manualidades, dibujo libre y/o pintura, modelado de figuras, collage, recortes, entre otros. Utilizan material como papel, pintura de dedo o témperas, pajillas, calcomanías, pegamento,</p>

<p>tienen para hacer ejercicios de estimulación según su edad: movimientos de rodillas, rodarlo sobre la alfombra, sentarse, gateo, etc. Además, se trabaja el lenguaje, se le habla y repiten palabras y sonidos. Entre los juguetes disponibles están sonajeros, pelotas de arena, pelotas ahuladas, juguetes plásticos con ruedas móviles, juguetes de diferentes texturas, entre otros.</p> <p>Zona de descanso: Si la niña o el niño tiene sueño, se le duerme en la cuna en la zona de descanso.</p>	<p>Zona de cultura y comunicación: se juega a desempeñar roles cotidianos tanto familiares como laborales, de amistades, comunitarios, entre otros. En esta zona se encuentran materiales como títeres, máscaras, trajes, casa, plantas, muñecas, muñecos, animales, reloj, implementos de diferentes profesiones, espejo, libros de derechos, valores, prevención de la violencia, entre otros.</p> <p>Zona de lectura: que puede ser grupal, entre pares o individual. También puede la educadora leer en voz alta. Los recursos son libros de diferente tipo, género o intencionalidad. Debe haber textos como novelas, poemas, trabalenguas, canciones, cuentos, periódicos, revistas, trípticos, títeres, material para escribir, sillas, alfombras para sentarse en el piso, almohada o cojines, entre otros.</p> <p>Zona de socialización: para el esparcimiento y estimulación del área motriz. Se realizan diferentes juegos en grupos como rondas, juegos tradicionales, tratando de orientar en cuanto a la prevención de la violencia de género y violencia social, asegurando la inclusión de niña y niños</p>	<p>tijeras, recortes, plastilina, colorantes, entre otros.</p> <p>Zona de tecnología: que desarrolla el conocimiento tecnológico en una mini laptop, “Mochilas digitales”, realizando diferentes juegos y explorando programas que la máquina contiene. También hay oportunidad de ver documentales educativos en formato DVD, escuchar música relajante en MP3, ver TV con vigilancia de las educadoras, entre otras actividades.</p> <p>Zona de lectura: que se dedica a escoger un libro para leer. Puede ser una lectura grupal, en parejas o individual. Los libros son escogidos por las y los niños en función de sus intereses, gustos y voluntad de leer. Debe disponerse de material de texto variado: es decir, revistas, periódicos, libros, trípticos, historias, cuentos, leyendas, poemas, rimas, etc.</p> <p>Zona de juegos de mesa: donde se despierta el interés por otro tipo de juegos en los que se desarrolla la destreza mental. Esto permite fortalecer el trabajo en equipo y la socialización con sus pares. Algunos materiales disponibles son: juego de damas, dominó, bingo infantil, ajedrez, laberintos, jenga, “no te enojés”, tangram, juegos de</p>
---	--	--

	que tradicionalmente son excluidos y celebrando la diversidad cultural y diversidad en general. Se realizan saltos superando barreras, deportes, rondas, entre otros. Este momento permite aún más el acercamiento entre niñas y niños, canalización de energía y fortalecimiento de sus músculos.	memoria, monopoly, entre otros.
--	--	---------------------------------

4. PROCEDIMIENTO INTEGRADO DEL MAI

4.1. PROCEDIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INFANTIL

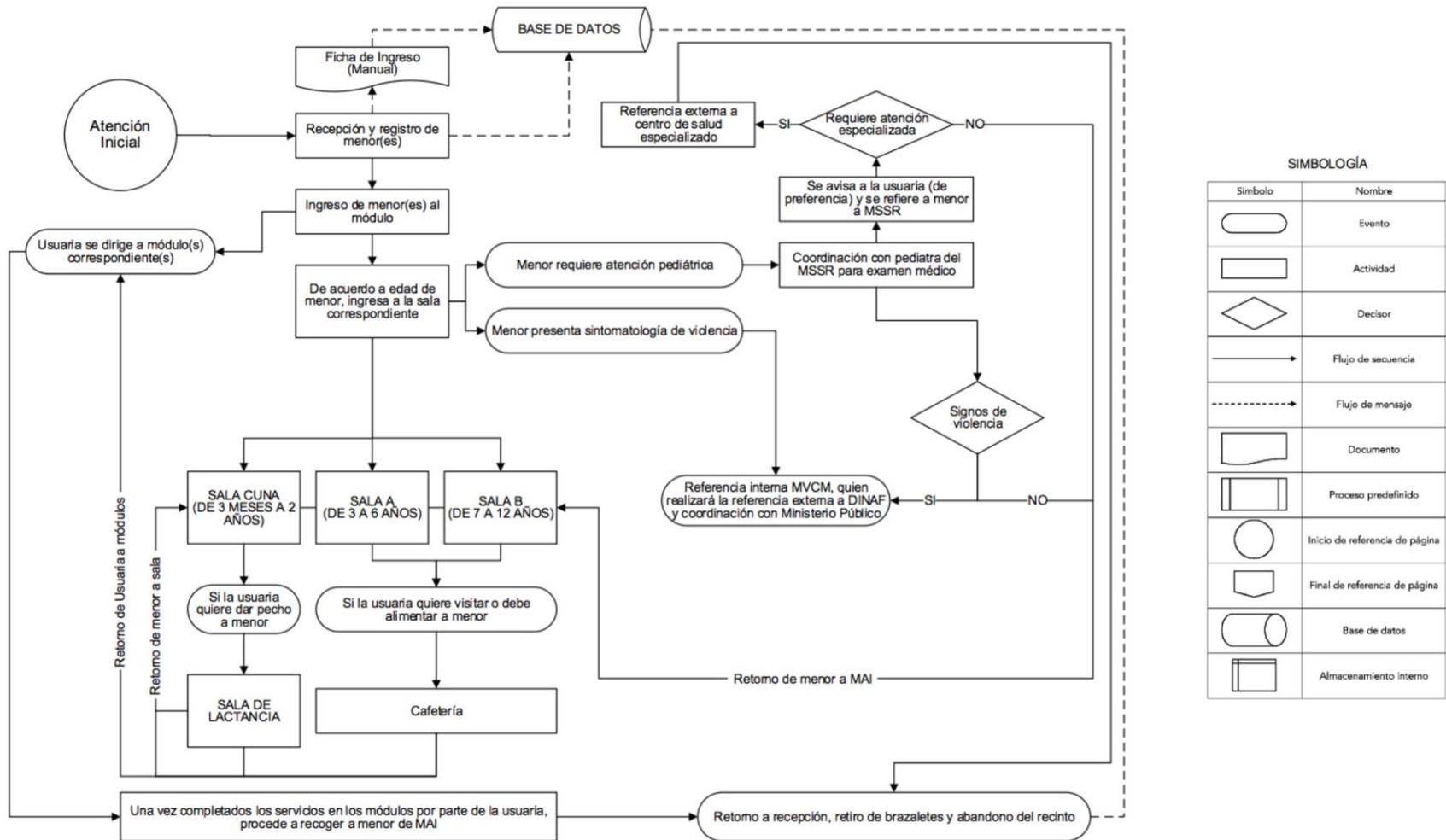
El procedimiento que se describe a continuación ocurre posteriormente al proceso de recepción y registro de la usuaria y niñas y niños acompañante (ver Protocolo y flujograma del Proceso de Recepción, Registro y Orientación) durante el cual se le coloca un brazalete de identificación a la usuaria y a las niñas y niños acompañantes.

Cuadro 3. Procedimiento para la atención infantil

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Persona encargada de recepción y registro del MAI	Se da la bienvenida a la madre o responsable y la niña y/o el niño y se registran sus datos	Se alimenta la base de datos electrónica y una base de datos manual
2	Encargada de recepción	Lleva a la niña o el niño a la sala correspondiente en función de su edad cronológica (Sala Cuna, Sala A o Sala B)	No se deja evidencia
3	Educadora o técnica a cargo de la atención	Si se detecta una necesidad de atención “inmediata” se lleva a la niña o niño al MSSR para atención pediátrica (idealmente, previa consulta a la madre o responsable)	Se registra en el control manual y electrónico
4	Pediatra	Después de dar atención médica a la niña o el niño, evalúa si requiere referencia a Centro especializado o si regresa al módulo	Se registra en el control manual y electrónico

5	Educadora o técnica	Si se detecta un comportamiento o sintomatología que hace sospechar que la niña o el niño esté sufriendo violencia se pide a la psicóloga del MAI que lo evalúe.	No se deja evidencia
6	Psicóloga del MAI	Hace una evaluación exhaustiva y coordina con psicóloga del MVCM en caso necesario. Si se requiere se hace una reunión entre psicólogas y coordinadoras de módulos MAI y MVCM para evaluar el caso y los próximos pasos que incluye hablar con la madre sobre consecuencias de la violencia en la niñez y acciones de prevención.	Registro en base de datos
7	Personal del MAI	En caso de golpes, moretones o cualquier otro tipo de lesión poco visible y no mencionada por la mamá o responsable, se le comunica a la pediatra para que le examine. En caso de detección de violencia contra la niña o el niño se requiere la intervención de la Dirección Nacional de la Niñez y la Familia (DINAF), entidad que coordinará con el Ministerio Público (MP) y más concretamente, con la Fiscalía Especializada de la Niñez (FEN).	Registro en base de datos
8	Personal del MAI	En el caso de violación o maltrato físico, se maneja como Código 1 (son todos los casos de violencia sexual).	Registro en base de datos
9	Recepción del MAI	Una vez la usuaria ha completado los servicios llegar a recoger a niña o niño al MAI.	Registro en base de datos
10	Recepcionista de atención inicial	Verifica el nombre de usuaria y niñas y niños en brazaletes y si hay tantos brazaletes como niñas y niños procede a retirarlos para que puedan abandonar el recinto.	No queda evidencia
11	Personal de seguridad	Verifica que la usuaria no lleva brazaletes.	No queda evidencia

4.2. FLUJOGRAMA



5. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA INTERNO

Si la niña o el niño tiene alguna necesidad de atención “inmediata” (presenta fiebre, cansancio, decaimiento, entre otros síntomas) es remitida o remitido al MSSR (idealmente habiendo consultado a su madre o usuaria encargada con quien asiste al Centro). Una vez la pediatra examina a la niña o el niño, regresa al módulo de atención infantil siempre que no requiera ser referida o referido a otro centro especializado.

En el caso de que la niña o niño presente una sintomatología de violencia se coordina con el MSSR o el MVCM según corresponde en función del tipo de síntomas que la niña o el niño presente (físicos, o psicológicos). En caso de golpes, moretones o cualquier otro tipo de lesión poco visible y no mencionada por la mamá o responsable, se le comunica a la pediatra para que le examine.

Cuando se observa alguna conducta anormal o algún síntoma de los anteriores, la psicóloga del MAI realiza una evaluación exhaustiva en la búsqueda de problemas de maltrato o abuso sexual y determina la referencia oportuna al MVCM. Si es necesario realizarán una reunión conjunta entre las dos psicólogas (del MAI y del MVCM) con las Coordinadoras de ambos módulos as y la Coordinadora de Módulos o sólo las psicólogas para determinar pasos a seguir.

Para las referencias internas en CM Honduras se usará una ficha estándar a todos los módulos (Ver Anexo nº3: ficha de referencia interna)

En el siguiente cuadro se ven las intersecciones del MAI con el resto de módulos:

Cuadro 4. Intersecciones del MAI con los otros módulos de CM

Módulo de Violencia Contra las Mujeres (MVCM)	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva (MSSR)	Módulo de Autonomía Económica (MAE)	Módulo de Atención de Adolescentes (MAA)
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de casos o indicadores de riesgo de violencia contra niñas y niños. • Registro de casos. • Notificación de casos al MVCM • Información para las madres sobre VCM, violencia contra niñas y niños, efectos de 	<ul style="list-style-type: none"> • Detección y atención de casos de violencia contra niñas y niños atendidos en el MAI • Detección y atención de casos de salud de niñas/os atendidos en el MAI • Atención a niñas y niños durante proceso de 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a niñas y niños durante procesos de atención y formación de sus madres o responsables en el MAE. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a niñas y niños durante procesos de atención y formación de sus madres adolescentes.

violencia en la niñez. • Actividades y materiales educativos con niñas y niños con énfasis en factores protectores.	atención en MSSR de sus madres o responsables		
--	---	--	--

6. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNO

En caso de detección de violencia contra la niña o el niño se le remite el caso a la Fiscalía Especial de la Mujer (FEM) para que ésta proceda con la presentación del caso a la FEN y el reporte a la DINAF según los pasos establecidos en el protocolo de atención de violencia (MVCM).

Ver Anexo nº 4. Registro de control en referencias externas.

7. PERSONAL QUE INTEGRA EL MAI

Las personas responsables del Módulo forman parte del personal del CCM y son coordinadas por la entidad gestora.

El personal que integra el módulo debe de ser especialistas en educación y/o cuidado infantil, dinámico y creativo, contando con los siguientes perfiles y desempeñando las siguientes funciones:

Cuadro 5. Personal que integra el MAI, perfiles y funciones

NOMBRE DEL PUESTO	No.	PERFIL DEL PUESTO	FUNCIÓN DEL PUESTO
Coordinadora de Módulo	1	Graduada en Educación infantil, con experiencia en puestos de coordinación y gerencia y en el abordaje de situación de violencia contra niñas y niños.	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar el trabajo del equipo del MAI • Supervisar los estándares de atención • Recomendar la derivación de atención de las niñas y niños a otros módulos de detectarse alguna situación que lo amerite. • Dar seguimiento a las referencias internas y externas • Resolver cualquier emergencia que surja • Planificar las compras necesarias para asegurar la dotación de insumos del MAI • Garantizar el mantenimiento y compra

NOMBRE DEL PUESTO	No.	PERFIL DEL PUESTO	FUNCIÓN DEL PUESTO
			de equipos <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar informes estadísticos mensuales a la Dirección del CCM • Coordinar los programas de capacitación y autocuidado del personal del MAI
Técnicas en Educación Infantil	2	Graduada en Educación infantil, con experiencia en atención y estimulación a la primera infancia, con al menos 3 años experiencia en cargos similares	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un plan de actividades para la atención al grupo etario de niños y niñas correspondiente a esta área. • Velar porque se cuente con el material y mobiliario necesario para el desarrollo de actividades planteadas. • Recibir a las niñas y niños en esta área. • Atender a las niñas y niños con base a las actividades establecidas en el plan. • Aconsejar a las madres o cuidadoras de las niñas y niños sobre modalidades de estimulación temprana fuera del Centro. • Velar por el cumplimiento de los derechos de las niñas y de los niños en las instalaciones del Módulo. • Recomendar la derivación de atención de las niñas y niños a otros módulos de detectarse alguna situación que lo amerite.
Técnica en Educación preescolar	2	Graduada en Educación pre escolar, con experiencia de al menos 3 años de experiencia en cargos similares.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un plan de actividades para la atención al grupo etario de niños y niñas correspondiente a esta área. • Velar porque se cuente con el material y mobiliario necesario para el desarrollo de actividades planteadas. • Recibir a las niñas y niños en el MAI • Atender a las niñas y niños con base a las actividades establecidas en el plan. • Aconsejar a las madres o cuidadoras de las niñas y niños sobre modalidades de apoyo preescolar del Centro. • Velar por el cumplimiento de los derechos de las niñas y de los niños en las instalaciones del Módulo. • Recomendar la derivación de atención

NOMBRE DEL PUESTO	No.	PERFIL DEL PUESTO	FUNCIÓN DEL PUESTO
			de las niñas y niños a otros módulos de detectarse alguna situación que lo amerite.
Psicóloga	1	Graduada en psicología, de preferencia en sicología infantil y con al menos 3 años de experiencia en cargos similares y especialización en prevención y atención de la agresión y violencia contra niños, niñas y adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar un plan de apoyo en la prevención de la violencia contra las niñas, niños y adolescentes que pueda ser desarrollado de manera lúdica en el módulo y como mecanismo de prevención e identificación de violencia. • Mantener activo un mecanismo de detección de casos de violencia. • Velar por el cumplimiento de los derechos de las niñas y de los niños en las instalaciones del Módulo. • Recomendar la derivación de atención de las niñas y niños a otros módulos de detectarse alguna situación que lo amerite. • Brindar la atención psicológica inicial a niñas y niños que experimentan violencia en coordinación con el MVCM si es requerido.

Todo el personal que labore en la Sala Cuna del MAI debe de estar capacitado en el manejo de la lactancia materna, así como en las normas y políticas relacionadas a ésta, para apoyar a las madres durante el proceso. La capacitación debe de ser permanente y brindada por las Unidades de Capacitación certificadas por la SESAL.

Se recomienda que al menos una integrante del personal del módulo de atención infantil, domine el idioma lenca para poder atender a mujeres de esas etnias (que representa el 63% de población indígena hondureña). Se podría también incorporar otros idiomas si se considera pertinente en función de la afluencia de mujeres indígenas al CCM (la población de las etnias miskito, garifuna o chortí que representan entre el 11% y 9% de la población indígena en Honduras).

8. REQUERIMIENTOS E INSUMOS

8.1. Requerimiento de adecuación de los espacios a necesidades infantiles

En el caso del módulo de atención infantil, la organización de los espacios requiere de espacios amplios en salas, en los patios y en las estancias pensadas para el ocio y el juego. Además de las salas diseñadas para tal efecto hay que contemplar espacio para habilitar un área de juegos al aire libre. Se cuenta con la Sala A, Sala B y Sala Cuna. Cada espacio está destinado a las niñas y niños según su edad y cuenta con diversos recursos y materiales de acuerdo a la edad, que cada niña o niño puede elegir para jugar.

El espacio de la sala o salas de atención infantil, como agente educativo, debe ser planificado atendiendo a los siguientes criterios:

- Para que el niño o niña no encuentre ruptura entre el ambiente del módulo y el del hogar, se creará un clima acogedor y que lo estimule.
- Se debe garantizar la estabilidad de manera que permitamos al niño o la niña ir construyendo una imagen ordenada del entorno que le rodea, junto con la flexibilidad y la variedad que permita satisfacer las distintas y cambiantes necesidades que acontecen en estas edades.
- El espacio será ordenado de tal forma que el niño o niña pueda acceder a los materiales y juegos disponible de forma autónoma
- Cuidar que los espacios sean seguros, previniendo posibles accidentes
- La distribución espacial debe favorecer situaciones de interrelación diferentes.
- Se deben crear espacios individuales y propios.
- Se debe cuidar la creación de espacios armónicos, cuidando la estética, integrando elementos del entorno natural.
- Desarrollar la responsabilidad, cuidado, respeto y mantenimiento de los espacios por todos y todas.

Las salas de atención infantil, deben ser ricas en estímulos tanto materiales como visuales o auditivos y debe ofrecer diversidad y adaptabilidad a los distintos contenidos e intereses de las niñas y niños.

8.2. INSUMOS

Los costos de mantenimiento, así como los costos de operación son financiados directamente por la entidad coordinadora del programa de servicios integrados

El funcionamiento operativo de este módulo requiere permanentemente de los siguientes insumos

Cuadro 6. Listado de insumos mínimos requeridos

1	<p><u>Juguetes para el desarrollar la sicomotricidad y la estimulación temprana en la Sala Cuna:</u> Sonajeros, pelotas ahuladas, pelotas de arena y otros materiales antistress, espejos, juguetes plásticos con ruedas móviles, juguetes con diferentes texturas, gimnasios infantiles, rodos hechos a base de materiales textiles y</p>
---	---

	juegos musicales.
2	Videos y CDs con música relajante para la sala de lactancia
3	Pañales desechables
4	Kits de higiene (champú, jabón, talco, crema para cuerpo, crema para pañalitis, vaselina, kits antipiojos, etc)
5	Cambios de ropa para niñas y niños en Sala Cuna (bodies, shorts, camisetas, gorros y calcetines) y en Salas A y B (camisetas, shorts y calcetines)
6	Colchonetas, almohadas, cojines, alfombras aislantes (números)
7	Alimentos nutritivos: manzanas, bananas, leches saborizadas, galletas, incaparina.
8	Videos educativos, informativos y de entretenimiento para diferentes edades y música variada (para relajarse, meditar y bailar)
9	<u>Materiales para estimular la creatividad y las artes manuales:</u> pinturas de colorear, crayolas, plumones, pintura de dedo, témpera no tóxica, acuarelas, pinturas acrílicas, pinceles, papeles de colores, pajillas, pegamento, tijeras, calcomanías, plastilina, etc.
10	Juguetes para ensamblaje, para armar torres, mecanos, rompecabezas, etc.
11	Juegos de mesa: dominó, bingo infantil, ajedrez, laberintos, cuatro en raya, jenga, no te enojas, tangram, juego de memoria, monopoly, etc.
12	Títeres, disfraces, etc.
13	Libros y textos variados: álbum ilustrados, cómics, novelas, poemas, trabalenguas, cancioneros, cuentos, periódicos, revistas, trípticos, atlas, etc.
14	Juegos exteriores (columpios, toboganes, etc.)
15	Computadoras (mini laptops)
16	Huevones

El equipamiento de las salas está detallado en un anexo específico. (Ver anexo 5)

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo para este módulo requiere del sistema registro de todas las niñas y niños que ingresan al módulo del CCM, de manera que pueda darse seguimiento a todos los servicios que recibieron, en especial si fueron referidos a los MSSR y MVCM; los datos generados sobre los servicios prestados a cada niña y niño pasarán a formar parte de los datos administrativos sobre los servicios prestados

por el CCM, que idealmente deben estar disponibles a diario. El registro manual se utiliza para dejar constancia de cada entrada o salida del niño o niña al módulo, la cual requiere la firma de la usuaria que la acompaña.

Se considera importante que la prestación de servicios de este módulo sea evaluada de manera independiente al resto del Programa por ser un módulo de apoyo al resto, donde las usuarias sean capaces de evaluar los servicios recibidos por sus acompañantes, desde su propia perspectiva (por medio de la conformación de grupos focales compuestos por 8-10 mujeres que hayan utilizado los servicios del módulo al menos 3 veces en los últimos 12 meses). Además se considera importante que la prestación de estos servicios sean considerados como parte de la evaluación de servicios integrales a las mujeres, como un espacio de apoyo para que las mujeres puedan atender sus necesidades, sin preocupaciones por la seguridad o la integridad de las niñas y niños acompañantes.

La opinión de las y los niños también debería ser considerada a efectos de retroalimentación a partir del nivel de satisfacción recibido.

Además, el bienestar del personal del módulo debe ser una preocupación ética a la que dar seguimiento y la evaluación de sistemas ya que su labor por estar atendiendo situaciones relacionadas en ocasiones con violencia contra las niñas y niños atendidos y sus madres o cuidadoras, no sólo puede ponerlas en riesgo físico, sino que pueden provocar consecuencias emocionales incluyendo burn-out, ansiedad, insomnio, aislamiento y también puede afectar sus relaciones¹.

Se proponen los siguientes indicadores de Productos:

Cuadro 7. Monitoreo y Evaluación

NIVEL	INDICADORES	FUENTE
Productos	<p>Número de niños y niñas desagregados por sexo y rango de edad que reciben servicios de atención infantil en el MAI.</p> <p>Número de niños y niñas desagregados por sexo y rango de edad que han sido referidos internamente al MSSR con síntomas en su condición física.</p>	<p>Datos administrativos Ciudad Mujer</p>

¹ Aronson Fontes L, 2004; Ellsberg, M. y Heise, L.2005, Organización Mundial de la Salud, 2001; el IASC, 2005)

NIVEL	INDICADORES	FUENTE
	<p>Número de niñas y niños desagregados por sexo y rango de edad que son referidos internamente al MVCM por sufrir violencia (identificar por tipo de violencia)</p> <p>Número de niñas y niños desagregados por sexo y rango de edad que son referidos internamente al MVCM por sufrir violencia (identificar por tipo de violencia)</p> <p>Nivel de satisfacción de las usuarias con los servicios del MAI en Ciudad Mujer</p> <p>Nivel de satisfacción de las y los niños con los servicios del MAI en Ciudad Mujer</p>	

10. RIESGOS Y RECOMENDACIONES

Los principales riesgos considerados y las sugerencias para su prevención son los siguientes:

Cuadro 8. Riesgos y Recomendaciones para el funcionamiento del MAI

RIESGOS	RECOMENDACIONES
<p>Usuarias consideran el módulo como una “guardería” y no un centro de atención Infantil.</p>	<p>Debe haber claridad en la presentación de la prestación del servicio.</p> <p>Se ponen medidas de seguridad para evitar que se haga uso del servicio y las usuarias salgan de los centros sin el niño o niña.</p> <p>Se toman medidas de control para que las usuarias utilicen el módulo en horario escolar sólo cuando sea estrictamente necesario.</p>

RIESGOS	RECOMENDACIONES
<p>Usuaría no quiera dejar al niño o niña en el módulo o niña/o no quiere dejar a su madre o acompañante</p>	<p>Explicar las actividades que se realizarán con las niña(s) o niño(s) acompañante(s) Permitir que la usuaria y la niña o niño recorran las instalaciones del MAI para que sientan seguridad y confianza. Informar a la usuaria que puede ir al módulo a ver o a alimentar a las niñas y niños acompañantes en el momento que considere conveniente.</p>
<p>Usuarías no se responsabilizan de sus deberes con las y los niños que las acompañan durante su visita en CM</p>	<p>Recordar a las madres o responsables al momento del registro de niñas y niños en el MAI sobre sus deberes (lactancia si son menores de 6 o hasta 24 meses, proveerles la alimentación necesaria, estar pendientes si la niña o el niño es menor de 3 meses y no tiene acompañante, etc.) .</p>
<p>Se generan daños no intencionados a niñas y niños que experimentan violencia pudiendo revictimizarlas/os</p>	<p>Proporcionar espacios de carácter privado y confidencial en el que el personal del módulo pueda entrevistar a niñas y niños o usuarias dentro del módulo acerca de situaciones de violencia de forma confidencial y apropiada. El personal comprende el valor de protección de derechos de las y los niños y el trauma que no puedan procesar, y no intenta "romper la negación"</p> <p>El personal debe estar bien capacitado en el arte de "testimonio", lo que significa que cuando una persona empieza a revivir y relatar un trauma, la funcionaria debe sentarse y escuchar durante el tiempo que sea necesario hasta que la historia está completa.</p>
<p>Personal sufre burnout y estrés emocional</p>	<p>Se ponen en marcha programas de autocuidado para el personal que atiende el módulo.</p>
<p>Sobredemanda de atenciones en el MAI por eventos masivos de capacitación o sobredemanda de otros servicios en CM.</p>	<p>Se reorganiza el equipo de personal en función de la demanda etaria y se hace uso de todos los recursos disponibles en el MAI, incluyendo el área exterior de juegos infantiles.</p>

Anexo

Anexo 1: Marco Conceptual

Atención Infantil

Desde la identificación institucional, la atención infantil consiste en la prestación de servicios a niños y niñas, que requieren de atención de manera sustitutiva a sus acompañantes, por un periodo específico y corto de tiempo, bajo un mismo recinto donde se recibe “estimulación temprana”, educación preescolar (haciendo uso principalmente de técnicas lúdicas), orientación y servicios de nutrición, entre otros servicios.

Atención Infantil bajo un mismo recinto

No se trata de un servicio de “guardería”, pues reduce el sentido de atención, apoyo y acompañamiento institucional a niños y niñas, sin ningún valor agregado.

Estimulación temprana

Es toda aquella actividad de contacto o juego con una niña o niño, que propicia, fortalece y desarrolla adecuada y oportunamente sus potencialidades. Tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando a la niña o niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplían la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a sí mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación. En la práctica, consiste en proporcionar juegos y recursos lúdicos algunas veces guiados, a las niñas y niños que asisten al módulo, y brindar las recomendaciones de como continuar con dicha estimulación en el hogar a las madres, por lo general se desarrolla con niños y niñas de los 0 a los 3 años de edad.

Educación preescolar

Se refiere al tipo de atención o de formación que una niña o niño recibe en la edad anterior a su incorporación al sistema educativo obligatorio, y que por lo general se encuentra entre los 3 y los 6 años de edad. Se busca en términos generales estimular las áreas del conocimiento que se pretende potenciar en la etapa escolar, como son la motricidad (gruesa y fina), la curiosidad, la creatividad, la sociabilidad, entre otras.

Apoyo o refuerzo escolar

Son las estrategias relacionadas con el aprendizaje para complementar algunas carencias a la hora de asimilar conocimientos; para el caso del módulo se relacionan con áreas que los niños y las niñas mayores de los 6 años de edad comentan o declaran sienten que necesitan un apoyo particular que puede ser suplido en un periodo corto de tiempo o que es de su interés, como computación, lectura, matemática, entre otros, o simplemente son actividades formativas que el niño o niña reconoce como su propio pasatiempo, como el colorear, dibujar, etc.

Anexo 2: Marco Legal

El marco legal que resguarda y potencia la prestación de servicios en este módulo se relaciona principalmente con los derechos de las niñas y de los niños relacionados con tratados y convenciones internacionales ratificadas por el Estado hondureño. Además se debe considera la normativa nacional que enmarca la atención a las niñas y los niños, que por lo general regula el derecho al cuidado, la educación, salud, alimentación y a una vida libre de violencia.

Cuadro 1. Tratados y convenciones internacionales ratificadas por el Estado de honduras

NOMBRE	FECHA APROBACIÓN
Convención Americana sobre Derechos Humanos. (1969).	22 de noviembre de 1976.
Convención sobre los Derechos del Niño	Septiembre 1990
Protocolo facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niño, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.	27 de septiembre de 2001.
Convenio 182-oit sobre las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.	8 de septiembre de 2000.
Convención de Belem do Pará	6 de Octubre de 1994
Convención de la haya sobre los aspectos civiles de la sustracción internacional de menores (1980).	20 del 8 de 1993 vigente a partir del 1 de marzo de 1994, con reserva en el artículo 26 párrafo 3.
Convención interamericana sobre desaparición forzada de personas (1994).	11 de julio de 2005
Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños (también conocido como el Protocolo contra la trata de personas)	1 de Mayo de 2008

Cuadro 2. Leyes y políticas nacionales

Nombre	Fecha aprobación
Constitución de la República	Septiembre 1990
Código de la Niñez y Adolescencia	30 de mayo de 1996 y las Reformas de 6 septiembre de 2013

Código de Familia	16 de Agosto de 1984 y las Reformas de 6 septiembre de 2013
Código Penal	23 de Agosto de 1983 y las Reformas de 6 septiembre de 2013
Código Civil	19 de enero de 1906 y las Reformas de 6 septiembre de 2013
Código Procesal Penal	19 de diciembre de 1999 y las Reformas de 6 septiembre de 2013
Política pública de Derechos Humanos	Marzo de 2013
Política pública para la Atención Integral de la Primera Infancia (PAIPI)	10 de Mayo de 2013
Ley de Fomento y protección de la lactancia materna	Septiembre 2013

Anexo 3: Ficha de referencia interna–intermódulos en CM Honduras

Datos generales de la usuaria	Nombre Código asignado/ Número de expediente Edad Identidad de género (si la usuaria lo considera pertinente)
Módulo e institución a la que se refiere la usuaria	MAE?? MSSR MVCM Nota: Especificar la institución dentro del módulo en cuestión
Resumen del caso	Historia de VCM Servicios ofrecidos en CM Razones de la referencia Documentos anexos a la referencia
Motivo de la referencia	
Personal que atendió a la usuaria	Nombre, especialidad, módulo y fecha

Anexo 4: Registro para el control de las referencias externas de CM Honduras

Nombre del Centro CM:	
Fecha de la referencia	
Código asignado / Número de expediente	
Referida a (Nombre de la institución / especialidad	
Referida por (Nombre del servicio y proveedora que refiere)	
Fecha en que se recibió la contrareferencia	
Seguimiento solicitado Si/No	
Referencia apropiada Si/No	
Otros comentarios	

Anexo 5: Equipamiento

EQUIPAMIENTO DEL MÓDULO DE ATENCIÓN INFANTIL

ÁREA	EQUIPO TÉCNICO		EQUIPO INFORMÁTICO	MOBILIARIO DE OFICINA Y HERRAMIENTAS	
	MAQUINARIA Y EQUIPO	EQ. MÉDICO Y DE LAB		MOBILIARIO	HERRAMIENTAS Y REPUESTOS
RECEPCION				1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS 1 Mueble para computadora 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas 1 Silla secretarial ergonómica	
SALA LACTANCIA	1 DVD 1 TV			1 Mueble de madera con 6 gavetas 3 Sillas mecedoras de madera 3 Reposapiés de madera	
SALA CUNA	1 Radiograbadora			10 Cuna corral de madera de 2 gavetas 1 Mueble de madera con 6 gavetas 1 Mueble de madera con 6 gavetas 1 Mueble de madera con 3 gavetas	
SALA A	1 DVD 1 Radiograbadora 1 TV			1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS 1 Archivador metálico de 3 gavetas 1 Silla secretarial ergonómica 3 Asiento "huevón" de colores vivos 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas 6 Mueble de madera con 8 gavetas	

				<ul style="list-style-type: none"> 1 Mueble de madera con 12 gavetas 1 Pizarra acrílica de dos caras 1 Silla de ruedas infantil 	
SALA B	<ul style="list-style-type: none"> 1 DVD 1 Radiograbadora 1 TV 			<ul style="list-style-type: none"> 1 CPU 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS 1 Archivador metálico de 3 gavetas 1 Silla secretarial ergonómica 3 Asiento "huevo" de colores vivos 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas 2 Mesa rectangular de madera blanca 5 Mesas trapezoidales de madera 1 Mesa circular de madera 1 Mesa cuadrada de madera 6 Sillas plásticas de colores vivos 20 Sillas de madera de colores vivos 4 Bancos de madera tipo baúl 2 Muebles de madera con 8 gavetas 1 Mueble de madera con 20 depósitos 1 Pizarra acrílica de dos caras 1 Silla de ruedas infantil 	
LAVANDERIA	<ul style="list-style-type: none"> 1 Oasis 1 Cocina 2 Lavadora 2 Secadora 1 Refrigeradora 1 Microondas 				
OFICINA DE COORDINADORA	<ul style="list-style-type: none"> 1 Impresora 1 Pantalla para proyector 			<ul style="list-style-type: none"> 1 CPU 1 Monitor 	

	2 Parlantes 1 Consola			1 Teclado 1 UPS 2 Archivador metálico de 3 gavetas 1 Escritorio secretarial de 3 gavetas 1 Silla de espera metálica 1 Estante metálico de 4 niveles	
PASILLO	1 Oasis 3 Extintor			10 Sillas de espera metálica	
ADMINISTRAC IÓN	Aire 1 acondicionado				

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

CIUDAD MUJER HONDURAS

ESTRATEGIA DEL MÓDULO DE EDUCACIÓN COLECTIVA

30 DE AGOSTO 2016

Elaborado por Dinys Luciano, consultora, y el Banco Interamericano de Desarrollo (Anne-Marie Urban y Nidia Hidalgo), en coordinación con el Equipo de País de Ciudad Mujer Honduras: Instituto Nacional de la Mujer (Reina Martínez y Jewel Rodríguez), Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras (Karen Najarro) y Secretaría de Educación (Digna Rivera).

Índice

1. Análisis de situación	3
2. Objetivos del MEC	7
3. Enfoque del MEC	7
4. Principios y consideraciones éticas	10
5. Institución coordinadora y organizaciones socias	11
6. Estrategias del MEC	13
6.1 Adaptación de modelos de intervención con adolescentes	13
6.2 Iniciativa comunitaria con madres, padres y otros adultos	18
6.3 Programa de capacitación en derechos de las mujeres	18
6.4 Estrategia de vinculación entre comunidad y servicios de los CCM	22
7. Personal que integra el MEC	22
8. Requerimientos e insumos	26
9. Monitoreo y evaluación	27
10. Riesgos y recomendaciones	29

Cuadros

Cuadro 1: Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que está de acuerdo con que el esposo/compañero golpee a la mujer en situaciones específicas	4
Cuadro 2: Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que está de acuerdo con educación sexual, planificación familiar y toma de decisiones por parte de los hombres	6
Cuadro 3: Principios y consideraciones éticas del MEC	10
Cuadro 4: Objetivos, población, actividades y resultados de los potenciales modelos a adaptar en CM Honduras	15
Cuadro 5: Marco normativo internacional, regional y nacional sobre igualdad de género	19
Cuadro 6: Personal que integral el MEC, perfiles y funciones	23
Cuadro 7: Equipamiento del MEC	27
Cuadro 8: Indicadores de monitoreo y evaluación del MEC	27
Cuadro 9: Riesgos y recomendaciones	29

Siglas y acrónimos

CM	Ciudad Mujer
DINAF	Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia
EA	Embarazo adolescente
ENDESA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
INAM	Instituto Nacional de la Mujer
INIJUVE	Instituto de la Juventud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAA	Módulo de Atención a Adolescentes
MAE	Módulo de Autonomía Económica de CM
MEC	Módulo de Educación Colectiva
MVCM	Módulo de Violencia Contra las Mujeres de CM
MSSR	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de CM
OMM	Oficinas Municipales de la Mujer
ONG	Organización no Gubernamental
PNP	Programa Nacional de Prevención
SEDUC	Secretaría de Educación
SESAL	Secretaría de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VCMA	Violencia contra mujeres adolescentes
VCM	Violencia contra la mujer

1. Análisis de situación

Ciudad Mujer Honduras (CM) es un modelo de intervención multinivel que promueve los derechos de las mujeres poniendo especial énfasis en la salud sexual y reproductiva (SSR), la prevención del embarazo en adolescentes, la autonomía económica (AE) y la violencia contra las mujeres (VCM) mediante la oferta de servicios en sitio único y estrategias de educación y movilización comunitaria para el cambio de normas culturales que sostienen las desigualdades de género en distintos ámbitos. En este marco, el Módulo de Educación Colectiva (MEC) aborda varios factores de riesgo y factores protectores relacionados con estos problemas tanto antes de que estos ocurran, es decir en la etapa de prevención primaria, complementando con las estrategias de atención, protección y reparación que se realizan en los otros módulos de CM.

Las intervenciones del MEC involucran a distintas personas en diversos niveles, incluyendo a las mujeres de manera individual y grupal, escuelas, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales, familias, líderes y lideresas locales, gobiernos locales, entre otros. Este enfoque de trabajo de CM refleja el carácter multisectorial de las problemáticas que afectan a las mujeres en toda su diversidad y la necesidad de que sean abordados en los diferentes contextos en que se desenvuelven sus vidas.¹ Las estrategias multinivel han mostrado ser más eficaces y sostenibles que los programas verticales sin integración en otros sistemas y en las comunidades, ya que las desigualdades de género ocurren y se reproducen a diferentes niveles incluyendo el ámbito individual, familiar, relacional, comunitario, institucional y macrosocial.^{2,3,4}

Factores asociados y prioridades del Módulo de Educación Colectiva

El MEC prioriza el abordaje de las normas culturales que afectan negativamente la SSR, la AE y contribuyen a la VCM y que, de esta forma, obstaculizan el desarrollo integral de las adolescentes y las mujeres en general. Estas normas son sostenidas por distintos actores en las comunidades, tanto mujeres como hombres, ya que éstos comparten valores comunes pero también diferencias, en torno a los roles y las relaciones de género.^{5,6} Los datos disponibles muestran cuán extendidas están estas normas y su correlación con los temas que aborda CM, incluyendo el embarazo adolescente, el uso de anticoncepción, la SSR en general, la VCM, la participación laboral de las mujeres, entre otros.

Aceptación social de la VCM. Según los datos de ENDESA 2005-2006, el 15.6% de las mujeres de 15-49 años justifica que la pareja, esposo/compañero maltrate a la mujer por al menos una razón.⁷ Los resultados de la ENDESA 2011-12, muestran un descenso de 3.6 puntos porcentuales en esta cifra ya que a nivel nacional, el 12% de las mujeres estuvo de acuerdo con al menos una justificación para que el esposo golpee a la esposa.⁸ Igualmente, en un estudio con una muestra de 400 hombres residentes en Tegucigalpa se encontró que el porcentaje que justifica la agresión física del hombre contra su pareja fue 15.8% si ella no cuida bien a los hijos/as, 14.3% si ella injiere bebidas alcohólicas o tiene otros vicios, y 12.5% si ella traiciona a su pareja.⁹ En cuanto a las actitudes de las adolescentes sobre la violencia física hacia la mujer por el esposo/compañero¹⁰, los datos de la ENDESA 2011-12 muestran que aunque la mayoría está en desacuerdo con las razones que justifican la VCM, es relevante que las situaciones en las que se registran valores del 10% y más, están asociadas a su rol de cuidadora de los hijos e hijas, como responsables de los quehaceres del hogar y la movilidad espacial de manera independiente, es decir, salir sin pedir permiso. Para identificar cuáles son las razones con mayor aceptación (justificación de VCM) y los departamentos en que las adolescentes justificarían en mayor medida actos de violencia, se han

calculado las medianas. En relación a las razones con mayor justificación, se observa claramente que una mayor proporción de adolescentes justificaría actos de VCM en caso que la *“Mujer descuide a sus hijos/as”* (Mediana de 12) en contraposición con la razón de que *“la mujer se niegue e tener sexo con la pareja”* (mediana de 6). En Olancho se registra la mayor adhesión a normas de género que justifican actos de VCM (mediana de 10,5), en este departamento, de las 5 razones, en 4 presenta mayor proporción de adhesión en comparación con los demás departamentos.

Cuadro 1: Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que está de acuerdo con que el esposo/compañero golpee a la mujer en situaciones específicas.

Región	Sale sin permiso	Descuida hijos	Quema la comida	Se niega a tener sexo con marido	Discute con marido	Mediana por Región
Cortés	1,4	4,8	1,2	0,6	2,7	2,2
Francisco Morazán	3,2	9,1	3,0	1,6	4,1	4,2
Olancho	9,9	19,1	9,9	3,8	9,6	10,5
Resto del País	7,2	14,8	8,1	4,5	7,8	8,5
Mediana por Norma de Género	5,5	12	5,6	2,6	6	¿?

Fuente: ENDESA 2011/12 Honduras

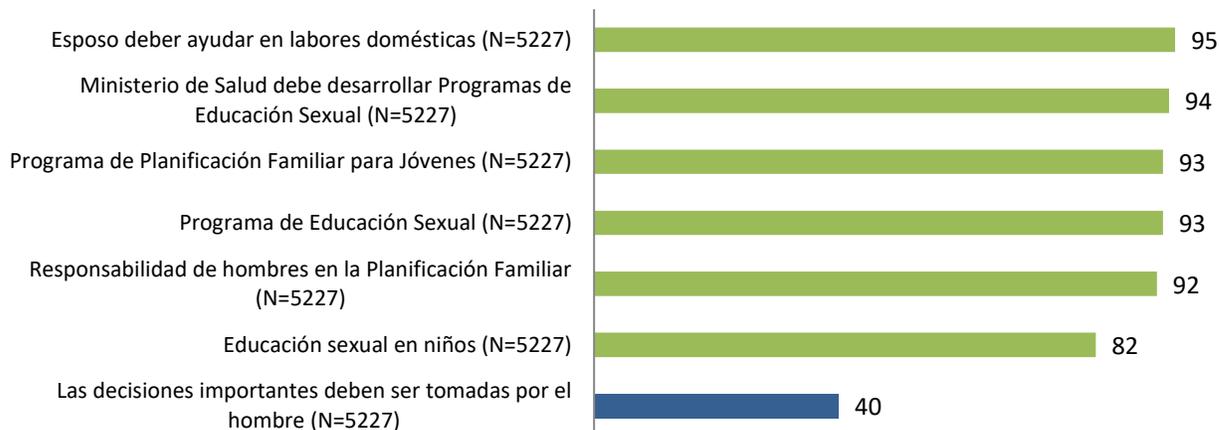
Cabe destacar que el estar de acuerdo con las normas de género que justifican la violencia contra las mujeres constituye un factor de riesgo para el embarazo precoz.¹¹

Creencias y actitudes de las adolescentes sobre educación sexual, planificación familiar para jóvenes y toma de decisiones por parte de los hombres

La mayoría de las adolescentes está de acuerdo con el desarrollo de programas de educación sexual para niños y jóvenes y de planificación familiar para jóvenes así como con la participación del varón en las decisiones de planificación familiar y en la división del trabajo doméstico (entre el 82 y 95%). Sin embargo, el 40% está de acuerdo con la creencia de que el varón debe tomar las decisiones en el hogar.¹²

Al desagregar los datos por departamento, los porcentajes de adolescentes que responden estar de acuerdo con las situaciones indicadas son iguales a los del gráfico (arriba), sin embargo, se observa un porcentaje elevado (50%) de opiniones afirmativas en las adolescentes de Olancho con respecto a la creencia que *“El varón debe tomar las principales decisiones”*.

Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que está de acuerdo con servicios y programas de educación sexual y planificación familiar y la toma de decisiones importantes por parte de los hombres.



Fuente: ENDESA 2011/12 Honduras

Cuadro 2: Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que está de acuerdo con educación sexual, planificación familiar y toma de decisiones por parte de los hombres

Temas	Cortés	Francisco Morazán	Olancho	Resto del País
Educación Sexual a niños y niñas	89	89	81	80
Educación Sexual a jóvenes	97	97	92	92
Ministerio de Salud debe desarrollar Programas de Educación Sexual	97	97	94	93
Programas de planificación familiar para jóvenes	98	98	95	92
Mayor responsabilidad de Hombres en la Planificación Familiar	97	96	93	92
Decisiones más importantes las toma el hombre	25	30	50	42
Esposo debe ayudar en tareas domésticas	98	93	98	94

Fuente: ENDESA 2011/12 Honduras

Nivel de conocimiento de las adolescentes y prácticas relacionadas con la SSR. Los datos de la ENDESA 2011-12, muestran que aunque con algunas diferencias según departamento (Francisco Morazán, Cortés, Olancho y Resto del País), las adolescentes hondureñas muestran niveles de conocimiento sobre SSR, de recursos preventivos y servicios existentes relativamente altos, particularmente sobre los métodos anticonceptivos, el condón, las ITS/VIH. Sin embargo, el acceso y utilización de estos servicios y recursos preventivos es sumamente bajo. Entre las adolescentes sexualmente activas en los departamentos analizados, la mayoría (58,7 a 65,7%) no utilizan actualmente método de planificación familiar moderno. Cortés presenta el porcentaje de no uso más elevado (61.5%), similar al resto del país. De las adolescentes sexualmente activas y de las que usan algún método de planificación, entre 34 y 41% utilizan métodos modernos. Entre un 74 a 86% de las adolescentes no utilizaron condón en su primera relación sexual, alrededor de 8 de cada 10 de las adolescentes nunca se han realizado el testeo para VIH y solo entre el 9 y 16% se ha realizado alguna vez una citología vaginal. Igualmente, aunque entre un 47 a 51% utilizó un servicio de salud en el último año, solo entre un 12 y 33% recibió información sobre métodos anticonceptivos por parte de proveedores de salud.

Actitudes sobre la toma de decisiones de las mujeres en torno a la SSR. Un análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar-2001 y la Encuesta Nacional de Salud Masculina 2001 reveló que las decisiones sobre uso de métodos de planificación están asociadas con determinadas actitudes y conductas, particularmente el estar de acuerdo con la creencia de que el hombre debe decidir sobre la salud reproductiva.¹³

Autonomía económica y toma de decisiones por parte de las mujeres. Los resultados de la ENDESA 2011-12 muestran que, exceptuando a las mujeres de 15-19 años, no hay diferencias por edad en el porcentaje de mujeres que tienen la última palabra en las grandes compras del hogar (73-76 por ciento). Igualmente, el 70% de las mujeres con empleo remunerado tienen la última palabra en todas las tres decisiones (grandes compras para la casa, cuidado de su salud, y visitar amigas o familia), en comparación con el 51% entre quienes tienen empleo sin remuneración.

El país cuenta con diversos instrumentos de políticas públicas en torno a la igualdad de género en los ámbitos económico, político, social, educativo, cultural y comunicación, entre otros, incluyendo la Ley contra la Violencia Doméstica (1997) y sus Reformas (2005), la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (Decreto No. 34-2000) y su Reglamento (Acuerdo Ejecutivo No. 058-2008).¹⁴ Asimismo, dispone del II Plan de Igualdad y Equidad de Género 2010-2022 y el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2014-2022. Estos instrumentos sientan las bases para el desarrollo de las estrategias del MEC y la participación de todos los sectores sociales vinculados a las temáticas priorizadas.

2. Objetivos del MEC

General

Promover la igualdad de género y normas culturales equitativas que favorezcan el ejercicio de los derechos y el empoderamiento de las mujeres y adolescentes en los territorios de influencia de CM Honduras.

Específicos

- a. Promover normas culturales positivas entre las y los adolescentes escolarizados y no escolarizados relacionadas con la igualdad de género, la VCM, la SSR y autonomía económica de las mujeres.
- b. Desarrollar conocimientos y capacidades en madres, padres y otros adultos que puedan contribuir a la prevención de la violencia contra las adolescentes y apoyarlas para que puedan satisfacer sus necesidades de SSR y AE.¹⁵
- c. Fortalecer los conocimientos y las capacidades de las mujeres y actores locales para propiciar el adelanto de la igualdad de género, el ejercicio y el reconocimiento de los derechos de las mujeres en los distintos ámbitos en que se desenvuelven sus vidas.

3. Enfoque del MEC

El MEC asume las siguientes premisas:

- El desarrollo y bienestar de las mujeres y adolescentes en toda su diversidad está moldeado por el contexto en que viven. Las comunidades, las escuelas y las familias pueden contribuir al empoderamiento individual y colectivo de las mujeres y las adolescentes, cuestionar normas tradicionales de género y crear ambientes seguros libres de violencia.
- Las comunidades, las escuelas y las familias pueden promover cambios en la vida y experiencias cotidianas de las mujeres y adolescentes a través de la promoción relaciones equitativas y de los derechos de las mujeres.¹⁶ Estas instancias juegan un rol clave en garantizar el acceso a la educación de las adolescentes, la capacitación para el empleo, acceso a recursos para fortalecer su autonomía económica y el desarrollo de habilidades para la vida.
- Las comunidades pueden actuar como medios para fortalecer a las adolescentes y mujeres como sujetos sociales y promover el reconocimiento de la diversidad, teniendo en cuenta las necesidades específicas asociadas a su pertenencia étnica, edad, lugar de residencia, estatus migratorio, capacidades especiales, entre otras.
- Las estrategias comunitarias que utilizan un enfoque de fortalezas y refuerzan los factores protectores han mostrado ser eficaces para alcanzar varios resultados que inciden en las condiciones de vida de las mujeres y adolescentes. Entre los factores de resiliencia identificados se incluyen el empoderamiento, la educación de mujeres jóvenes, la

capacitación para el empleo y el desarrollo de capital social¹, el acceso a capital financiero e inversión dirigida a mujeres adolescentes y adultas, el fortalecimiento del liderazgo y participación social de las mujeres y adolescentes, los sistemas que apoyen el acceso a la SSR y la prevención y atención de la VCM, la reducción del embarazo adolescente^{17, 18}, así como el fortalecimiento de los vínculos entre las mujeres de la comunidad con CM.

- La participación y sensibilización comunitarias son factores clave para asegurar el acceso y utilización de los servicios. Por ejemplo, las mujeres que experimentan violencia tienden a contar su situación a un familiar o una amiga/o con más frecuencia que a un proveedor de servicios y, en este sentido, el aumento de la sensibilización sobre el tema y el fortalecimiento de las redes familiares y sociales de apoyo a las víctimas/sobrevivientes favorecen la utilización de los servicios de VCM.¹⁹ Igualmente, estrategias de mercadeo social^{20, 21, 22} y la coordinación con distintas organizaciones comunitarias mejora la cobertura y aceptación de servicios de SSR²³, el acceso a asistencia legal y el uso de redes de apoyo.²⁴ También puede aumentar el nivel de conocimiento y cambiar conductas relacionadas con la SSR²⁵ de mujeres adolescentes y jóvenes, así como modificar actitudes sobre la participación económica de las mujeres y su acceso a activos y recursos financieros.²⁶ Igualmente, la eliminación de barreras culturales y sociales al acceso y uso de las mujeres de las tecnologías de la información y la comunicación permitirá su inserción en labores mejor remuneradas y con mayor protección social.
- Las intervenciones comunitarias que cuestionan las normas de género que restringen la toma de decisiones por parte de las mujeres y adolescentes tienen el potencial de aumentar sus oportunidades educativas y económicas así como la acción colectiva.^{27, 28}
- La capacitación en torno a los derechos de las mujeres y las adolescentes es un medio eficaz para aumentar su nivel de conocimiento y concientización sobre éstos y movilizarse colectivamente su defensa y promoción.^{29, 30}

Las intervenciones del MEC se concentran en la implementación de modelos de educación, movilización y acción comunitaria para la promoción de la SSR, la AE y la prevención de la violencia de género, incluyendo:

- a. Un programa preventivo dirigido a adolescentes escolarizados y no escolarizados (hombres y mujeres) tales como el Programa M y H, SASA!, Abriendo Oportunidades³¹, u otro.
- b. Una iniciativa preventiva con madres, padres y otros adultos que influyen en las adolescentes en torno a estos temas.
- c. Un programa de capacitación en derechos de las mujeres.

¹ Normas y redes que facilitan la acción colectiva y contribuyen al beneficio común. Fuente: CEPAL. Aproximaciones conceptuales e implicancias del enfoque del capital social. Serie Seminarios y Conferencias. N° 31. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/13428/panel1_sps31.pdf

Todas las intervenciones se desarrollarán en coordinación con distintas instituciones y programas gubernamentales y no gubernamentales Programa Nacional de Prevención (PNP), Secretaría de Educación (SEDUC), Secretaría de Salud (SESAL), Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF), Instituto de la Juventud (INJUVE), Centros de Alcance, las organizaciones de mujeres y ONG de desarrollo social, bibliotecas públicas y centros culturales.



El MEC pone especial énfasis en el desarrollo de actividades concurrentes en los niveles individual, familiar y comunitario encaminadas a producir cambios en diversos grupos de población, mediante múltiples medios, un nivel adecuado de exposición a mensajes y procesos de reflexión-acción capaces de generar transformaciones significativas y sostenibles en el tiempo. Se prevé utilizar los espacios y medios de comunicación disponibles en las comunidades para reforzar conocimientos sobre los temas que aborda el MEC así como cambios de actitudes y prácticas relacionadas con normas culturales de género dañinas.

4. Principios y consideraciones éticas

Las estrategias comunitarias en torno a la igualdad de género, el desarrollo integral de las mujeres y adolescentes y la eliminación de la VCM imponen responsabilidades éticas relacionadas con la confiabilidad, competencia técnica e integridad. El personal del MEC y de las instancias participantes se regirá por el Código de conducta ética del servidor público de Honduras³², incluyendo las siguientes normas:

- Desempeñar sus obligaciones y funciones con honestidad, integridad y responsabilidad conforme a las leyes, reglamentos y demás normas administrativas.
- Otorgar a todas las personas igualdad de trato, sin preferencias o discriminación; sin abuso del poder ni autoridad.

La toma ética de decisiones significa actuar activamente para garantizar que se hace lo que es correcto y mejor para las personas y las comunidades, y que se les dispensa un trato ético. En el siguiente cuadro se presentan los principios que rigen las acciones de CCM y las medidas establecidas para su puesta en práctica en el MEC.

Cuadro 3: Principios y consideraciones éticas del MEC

Principio/Enfoque	Acciones/Medidas
No discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades comunitarias respetarán los derechos de todas las personas, de las mujeres en toda su diversidad y de las organizaciones participantes. • El personal del MEC no abusará de su posición ni utilizará la participación de las mujeres u organizaciones locales en su propio beneficio o para ejercer poder sobre otras personas o instituciones.
Confidencialidad	<ul style="list-style-type: none"> • Las comunicaciones y la información de las y los participantes de las actividades del MEC, incluyendo conversaciones, grabaciones de eventos o entrevistas, notas, pruebas, etc., serán tratadas con estricta confidencialidad. • La información de las actividades es confidencial pero puede ser compartida según corresponda con algunos recursos humanos de CM, y otras instancias que trabajen sobre la iniciativa en cuestión con fines de consulta, mejora de las intervenciones, desarrollo de trabajo conjunto o preparación de informes.
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las intervenciones comunitarias promueven las capacidades de las mujeres y adolescentes y las organizaciones para determinar sus necesidades individuales y grupales así como las mejores formas de abordarlas. • Se promueve el trabajo intersectorial/interinstitucional a nivel comunitario, incluyendo coordinación con líderes locales bajo un enfoque de participación significativa y apropiación por parte de las y los actores locales. • Los estudios sobre las poblaciones participantes en las intervenciones comunitarias se realizarán con consentimiento informado de las mismas y se consultará la metodología con las organizaciones locales. • El alcance, metodología y contenidos de las acciones comunitarias se acordarán con las organizaciones locales socias antes de su implementación.

Principio/Enfoque	Acciones/Medidas
Seguridad y reducción de daños no intencionales	<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrollarán las estrategias sobre la base del análisis de las especificidades de cada territorio, identificando los factores determinantes, consecuencias y respuestas comunitarias a las desigualdades de género, así como las alternativas que beneficiarían a las mujeres y adolescentes y la comunidad. • Se respetará la dignidad de las personas evitando imágenes y contenidos que estigmaticen a mujeres, adolescentes y niñas y/o determinados grupos de población. • Se desarrollará un protocolo de seguridad en el trabajo comunitario para el personal del MEC y las participantes en los procesos de educación colectiva de CCM, tomando en consideración mapas de riesgos de los territorios de influencia de CM y la capacitación del personal para cumplir con el protocolo. • Se utilizarán métodos educativos culturalmente pertinentes que respondan a la diversidad étnica y social en los objetivos, contenidos, actividades, recursos, procedimientos de evaluación que sean relevantes para los distintos grupos de población, incluyendo a las/os indígenas y afrodescendientes.
Intervenciones comunitarias desarrolladas por personal con competencias clave.	<ul style="list-style-type: none"> • Todo el personal del MEC contará con las competencias necesarias para ejecutar las acciones correspondientes basadas en la mejor evidencia disponible y en el uso de enfoques de derechos, igualdad de género y diversidad, y atención amigable para adolescentes; evitando de esta forma acciones que puedan causar daño a las poblaciones con las que se trabaja.

Fuentes: Adaptado de Kansas University³³, Aronson Fontes, 2004³⁴, CARE, 2008³⁵

5. Institución coordinadora y organizaciones sociales

Coordinación. El MEC coordinará en colaboración con distintas instancias territoriales, intervenciones dirigidas a promover cambios en las normas de género prevalecientes relacionadas con la VCM, la autonomía económica, la SSR en adolescentes y jóvenes, familias, escuelas y comunidades así como fortalecer a las mujeres para ejercer y abogar por sus derechos. La coordinación estará a cargo del Instituto Nacional de la Mujer (INAM), instancia gubernamental con funciones legalmente establecidas en estos temas, con experiencia en la defensa de los derechos de la mujer y trabajo a nivel comunitario a través de las Oficinas Municipales de la Mujer (OMM).

Instituciones sociales. El tipo de intervenciones que desarrollará el MEC impone altos niveles de coordinación con instancias internas en CM (DINAF, SESAL), particularmente el Módulo de Atención a Adolescentes (MAA) así como con instituciones gubernamentales (SEDUC, PNP, INJUVE, otras), ONG, redes y grupos comunitarios (jóvenes, mujeres).

El trabajo del MEC con las instancias sociales incluye:

- Coordinar los procesos de diseño, implementación y evaluación de las intervenciones seleccionadas con actores e instancias territoriales, incluyendo gobiernos locales,

instancias gubernamentales, ONG así como redes y grupos comunitarios. Esa coordinación se llevará a cabo considerando las responsabilidades específicas de las instituciones:

- i) **SEDUC.** Instruirá a las y los directores para la colaboración interinstitucional en el desarrollo de las intervenciones con las asociaciones de madres y padres, según corresponda. Los acuerdos con SEDUC incluirán el enlace con la Dirección Distrital con un plan de intervención y un cronograma de actividades aprobado por el/a Ministro para su ejecución, además de estrategias para la integración de contenidos y metodologías pertinentes del MEC en la curricula educativa. Estas responsabilidades son congruentes con los principios y valores de equidad, inclusión, defensa de los derechos humanos y libertad de cátedra establecidos en la Ley Fundamental de Educación.³⁶ También están alineadas con las medidas establecidas en el Reglamento de Centros Educativos (Acuerdo 1361-SE-2014 de SEDUC) sobre las Asociaciones de Padres de Familia y el trabajo con la comunidad.³⁷
- ii) **Gobiernos locales.** Acuerdos interinstitucionales para la promoción de los servicios de CM, apoyo a las actividades de capacitación y movilización comunitaria, y soporte sistemático a las responsables de las OMM para la ejecución de las acciones del MEC.
- iii) **PNP y los Centros de Alcance.** incluye la formación de formadores/as en los enfoques clave y los modelos adaptados en cada una de las intervenciones del MEC a fin de certificarles para que actúen como multiplicadoras/es en las comunidades de influencia.
- iv) **ONG.** Se trabajará con instancias no gubernamentales con experiencia en el desarrollo de modelos y estrategias del MEC incluyendo el trabajo con mujeres y adolescentes en torno a la igualdad de género, la SSR, la VCM y la autonomía económica.

- Desarrollar un análisis situacional de indicadores clave en los territorios de influencia para sustentar el diseño de las estrategias del MEC tomando en cuenta las particularidades de cada contexto.
- Apoyar técnicamente los procesos de institucionalización de las estrategias del MEC en las instancias territoriales pertinentes, incluyendo entre sus acciones, la organización de equipos mentoras/es y actores comunitarios que apoyen el desarrollo de las estrategias del MEC.
- Coordinar las acciones con organizaciones de mujeres, de adolescentes y jóvenes y otras pertinentes para la implementación de estrategias específicas sobre la igualdad de género.
- Coordinar con canales de TV y radios comunitarios y/o municipales para garantizar su participación en las estrategias de multimedia y la promoción de los servicios de CM y, en donde sea posible, estrategias de edutainment (educación y entretenimiento)^{38, 39}.
- Apoyar la integración de recursos educativos y mensajes del MEC y CM en actividades para el fomento de valores culturales y artísticos en torno a la igualdad de género, tales como ferias, celebraciones, presentaciones de teatro, conciertos, para promover la igualdad de género, los derechos de las mujeres y normas equitativas de género.

6. Estrategias del MEC

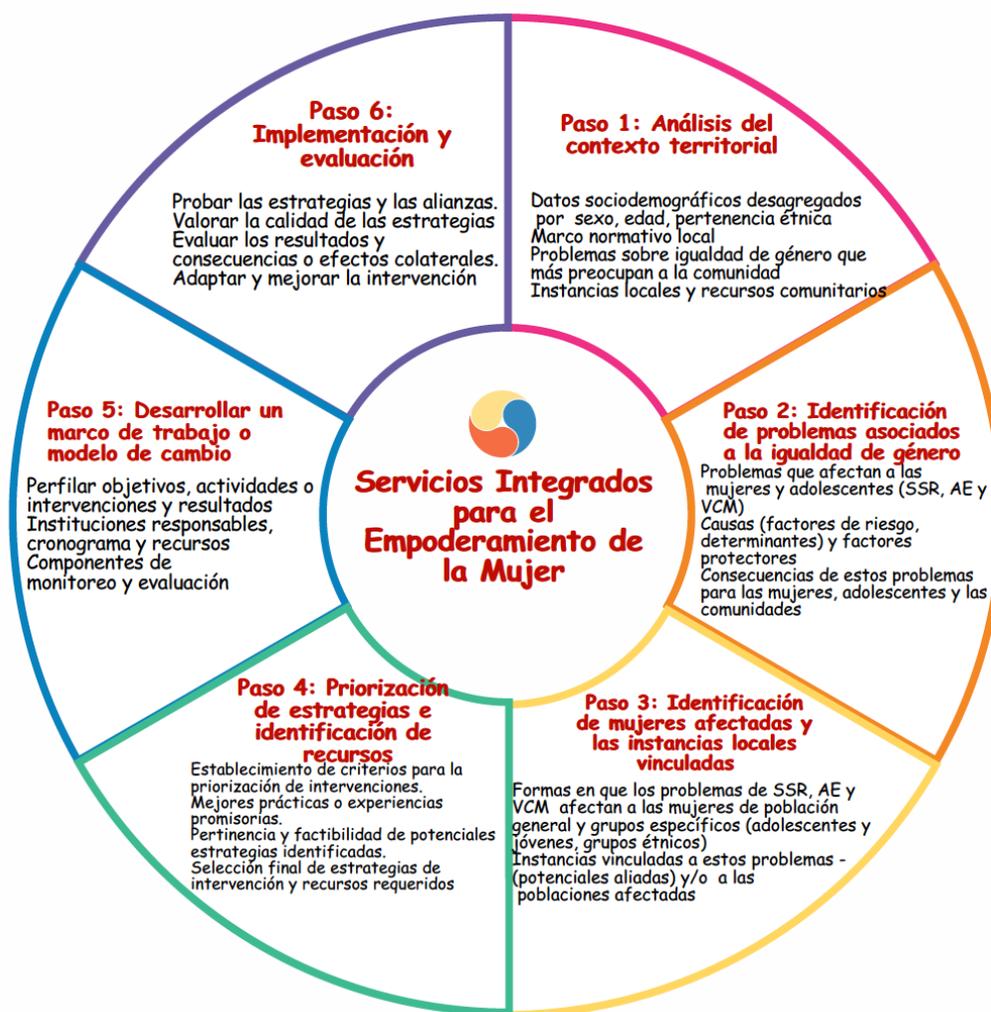
6.1 Adaptación de modelos de intervención comunitaria con adolescentes y jóvenes

Pasos para la adaptación de modelos. La selección de los modelos a adaptar en CM partirá de un análisis de las necesidades y características de cada contexto (territorio, municipio), de los perfiles

de grupos de población clave y los recursos comunitarios. Las intervenciones del MEC serán adaptadas según perfil de población, y en el caso de las y los adolescentes y jóvenes se establecerán estrategias diferenciadas para las y los escolarizadas/os y aquellos que están fueran del ámbito escolar u otros sistemas institucionalizados. Las acciones con las y los escolarizados y las y los no escolarizados se implementarán en los espacios comunitarios cercanos a ellas/os.

Igualmente, las intervenciones con adolescentes estarán vinculadas a ventanas de oportunidades de capacitación, nivelación académica, becas, créditos y otros recursos que aumenten su empleabilidad y capacidad de generar ingresos. Estos vínculos se realizarán en coordinación con el Módulo de Autonomía Económica (MAE) de CM. Esto permitirá desarrollar una estrategia integral que incorpore el fortalecimiento o de habilidades y capacidades en torno a los temas del MEC a la par de la promoción de oportunidades. A continuación se describen los seis pasos de diseño, implementación y evaluación de las estrategias del MEC.

Pasos para el desarrollo de intervenciones comunitarias del MEC - Ciudad Mujer Honduras



La adaptación de los modelos incluirá cambios en algunos contenidos y/o en su desarrollo para garantizar relevancia cultural y contextual. Se intentará no comprometer la fidelidad de

los modelos seleccionados manteniendo sus componentes centrales, evitando de esta forma que se reduzca el alcance de los resultados esperados.⁴⁰ Los ajustes podrían incluir aspectos nuevos tales como: actividades de reflexión, información o estadísticas locales, servicios disponibles en el territorio, revisión de materiales para asegurar relevancia cultural y lenguaje pertinente, u otros cambios menores.⁴¹

Temas transversales. Según proceda, las estrategias del MEC dirigidas a adolescentes y adultos deberán abordar temas clave que fueron identificados en los grupos focales y la validación del MEC en Tegucigalpa, Olancho y San Pedro Sula:

- *Prejuicios en torno a la SSR:* ideas erróneas tales como que los anticonceptivos esterilizan a las adolescentes, que el uso de anticonceptivos aumenta la posibilidad de que las adolescentes tengan mas relaciones sexuales y/o múltiples parejas.
- *Conocimientos en SSR:* descripción de las ITS, modos de transmisión y medios de prevención, así como la descripción de la menstruación, ciclo menstrual y período fértil.
- *Educación sexual para madres, padres y otros adultos*
- *Normas de género:* desvalorización social de la adolescente embarazada, preferencia de hijos varones por parte de los hombres, naturalización de la violencia contra las mujeres y adolescentes, maltrato y desprotección de las adolescentes por la familia, pareja, comunidad, etc.
- *Promoción de valores asociados a los derechos humanos:* respeto por si mismas/os y por otras/os, solidaridad, igualdad de género, no discriminación, etc.

Potenciales modelos a adaptar

A continuación se presenta un resumen de algunos modelos de intervención comunitaria que abordan la igualdad de género, la VCM y algunos temas de SSR que podrían ser considerados para la adaptación en CM a partir del análisis de contexto que se realizará en los territorios de influencia de los CCM. Otros modelos también podrían ser considerados.²

- **Programas H y M.** Fue creado por la ONG Promundo⁴², ha sido implementado en territorios de Ciudad Mujer El Salvador así como en otros países de América Latina y el Caribe, en Asia, África Subsahariana y los Balcanes.⁴³ Incluye estrategias complementarias de talleres educativos con jóvenes, acciones comunitarias y una campaña multimedia para empoderar a las mujeres jóvenes de desarrollar agencia y control sobre su vida y a sensibilizar a los hombres jóvenes sobre formas dañinas que han sido socializados incorporar actitudes y conductas más equitativas. Los Programas H y M desarrollan procesos formativos lúdicos y vivenciales que involucran a mujeres y hombres jóvenes en reflexiones y discusiones sobre cómo sus actitudes y comportamiento afectan sus elecciones de vida, sus relaciones, su salud, su sexualidad y la violencia basada en género.

² Se revisarán también otras experiencias como el Modelo de Prevención de la violencia del CEPREV, desarrollado con el Fondo Hondureño de Inversión Social- FHIS y la Fundación Unidos por la Vida, en el ámbito comunitario, escolar, Estado y la sociedad civil. El programa aspira a lograr un cambio en las concepciones sobre masculinidades y roles de género, una mayor responsabilidad sexual y una vida de pareja libre de violencia, así como también una mejoría en la autoestima, calidad de vida y relaciones interpersonales de las personas atendidas; teniendo como último fin la reducción de la violencia de género entre la población joven mediante la construcción de una cultura de paz. Fuente: Natalia Lemus and Adria Armbrister (2016). Using a Cluster RCT to Evaluate a Community-Based VAW Intervention Among Honduran Youth. Inter-American Development Bank. Washington DC

- SASA!** es una palabra en swahili que significa “Ahora”. Es un programa creado por la ONG “Raising Voices” en Uganda, cuyo objeto es movilizar a las comunidades con el objeto de prevenir la violencia contra las mujeres y problemas de SSR, particularmente la infección por el VIH.⁴⁴ SASA! está siendo implementado actualmente en 20 países por más de 35 organizaciones en contextos diversos, incluyendo en ciudades con alta densidad poblacional, comunidades urbanas, campos de refugiados y asentamientos, comunidades de pastores; y organizaciones católicas y musulmanas. Este modelo aspira a crear una comunidad donde vivir sin violencia y con equilibrio de poder sea la forma esperada ('normal') para vivir.⁴⁵ Este modelo de prevención primaria sustenta sus intervenciones en el cuestionamiento, el diálogo y auto reflexión e involucra hombres, mujeres y jóvenes. Permite generar respuestas apropiadas desde cada contexto y comunidad y está basado en beneficios para todos, enmarcado en aspiraciones.
- Abriendo Oportunidades.** Este programa fue creado por Population Council e implementado por primera vez en el año 2004 en Guatemala. Ofrece espacios seguros, asesoramiento, oportunidades de educación y solidaridad para las adolescentes y trabaja con las comunidades para fortalecer la capacidad de estudio, las habilidades de trabajo, el liderazgo y el bienestar de las niñas y adolescentes. Éstas se mantienen en la escuela, pierden el miedo de participar, aumentan su autoestima, aprenden nuevas habilidades, desarrollan una red de apoyo comunitaria. Se forma un equipo de mujeres jóvenes mentoras para trabajar con las niñas y adolescentes.⁴⁶

Cuadro 4: Objetivos, población, actividades y resultados de los potenciales modelos a adaptar en CM Honduras

Objetivo	Población meta	Actividades	Resultados
Programa H y M⁴⁷			
<p>i) Involucrar a los jóvenes en la reflexión crítica sobre el género y ayudarlos a desarrollar las capacidades necesarias para actuar de manera más fortalecida y equitativa.</p> <p>ii) Empoderar a las mujeres jóvenes a tener un sentido de agencia y control sobre sus vidas y sensibilizar a los hombres jóvenes sobre algunas de las formas dañinas</p>	<p>Mujeres y hombres jóvenes</p>	<p>i) Talleres educativos basados en un modelo de aprendizaje a través de la experiencia, en el que las y los participantes son alentados a indagar y analizar sus propias experiencias y vidas.</p> <p>ii) Actividades comunitarias, tales como campañas de sensibilización que se ponen en práctica para llegar a amplios grupos de personas, desarrolladas por y para jóvenes. Utilizan estrategias de comercialización cultural y social para fomentar ámbitos propicios para los cambios de actitud y comportamiento relacionado con el género y la salud.</p> <p>Se desarrollan acciones en grupos con mujeres y hombres separados así como actividades mixtas. Con los hombres se ejecutan actividades educativas en grupo, diseñadas para ser llevado a cabo con personas del mismo sexo. Con las mujeres estas actividades</p>	<p>Las evaluaciones de impacto del Programa H y M han mostrado resultados positivos como cambio en actitudes hacia la igualdad de género, aumento en el uso de condón entre hombres jóvenes (Brasil y Chile), auto reporte de reducción del ejercicio de la violencia hacia la pareja por los jóvenes casados/unidos (India), reducción de acoso a las adolescentes por parte de los varones (India), reducción de las ITS (Brasil); y una mayor autoeficacia en las mujeres jóvenes (Brasil).^{48, 49}</p>

Objetivo	Población meta	Actividades	Resultados
en que se socializan y que asuman actitudes más equitativas de género.		involucran el cuestionamiento de estereotipos rígidos y no equitativos sobre la masculinidad y cómo afecta tanto la vida y relaciones de las mujeres y los hombres. Igualmente, se implementa una campaña multimedia de comunicación que involucra a las mujeres y hombres jóvenes y las comunidades en la reflexión crítica sobre las ideas rígidas acerca del género y las formas en que influye en la vida de la juventud y sus relaciones.	
SASA!			
Movilizar a las comunidades con el objeto de prevenir la violencia contra las mujeres y la SSR, particularmente la infección por el VIH.	Mujeres y hombres activistas comunitarios y de instituciones clave (policías, proveedores de salud, gobierno local y organizaciones religiosas).	<p><i>Activismo local:</i> Anima activistas "cotidianos" involucrando mujeres, hombres y jóvenes en actividades interesantes y creativas.</p> <p><i>Medios de comunicación e incidencia:</i> Difunde de forma viral datos provocativos e historias, en los periódicos y en las oficinas de líderes y estrategias políticas, dando una voz fuerte y audaz a las ideas ¡SASA!</p> <p><i>Materiales de comunicación:</i> Utilizar materiales creativos y divertidos como carteles y cómics para involucrar espontáneamente a las personas durante sus actividades diarias, o para estimular la discusión con grupos organizados.</p> <p><i>Formación:</i> Fortalece la comprensión de la gente sobre la problemática mediante ejercicios interactivos y estimulantes, incluida la formación especializada para el personal de atención en salud.⁵⁰</p> <p>Incluye recursos prácticos, actividades y herramientas de vigilancia y evaluación para el activismo local, los medios de comunicación y la promoción así como materiales de comunicación; y capacitación.⁵¹</p>	En Kampala, los resultados de Sasa! muestran que los niveles de violencia por la pareja en el último año fue 52% menor en las mujeres de las comunidades participantes en la intervención. ⁵² Igualmente, 76% de las mujeres y hombres en las comunidades SASA! piensan que la violencia física entre parejas no está bien, mientras que el 26% lo piensan en las comunidades de control. 28% más mujeres en comunidades SASA! piensan que es aceptable que las mujeres se nieguen a tener relaciones sexuales. 27% de los hombres reportaron parejas sexuales concurrentes en comparación con el 45% en las comunidades de control. ⁵³
Abriendo Oportunidades			
Fortalecer la transición hacia la adolescencia e incrementar su promoción y retención escolar.	Niñas indígenas de zonas rurales de 8 a 19 años	Crea clubes de niñas y adolescentes en espacios comunitarios públicos. Los clubes se reúnen al menos una vez por semana por un período de 2.5 horas, en sesiones separadas, una para el club de 8-12 años y otra para el club de 13-17 años) Emplea una metodología de liderazgo en cascada que convierte a las participantes en educadoras pares dentro del programa y las	Ha alcanzado a más de 8,000 niñas y adolescentes, y ha creado "activos" de protección para ellas (autoestima, habilidades de comunicación, alfabetización). El 72% de niñas líderes del programa seguían en la escuela al cierre del ciclo 2009-2010, 52% quieren finalizar la universidad, el

Objetivo	Población meta	Actividades	Resultados
		<p>expone a modelos alternativos con otras organizaciones. Las lideresas se capacitan en temas y métodos de réplica, usando una Guía Curricular adaptada al contexto rural. La aplicación de la guía dura dos ciclos escolares. Las actividades de los clubes incluyen: i) Aprendizaje y destrezas (derechos, prevención de violencia, autoestima, comunicación, alfabetización financiera, SSR), ii) Actividades deportivas y recreativas, iii) Manualidades y actividades ambientales. Trabaja con líderes comunitarios (alcaldías comunitarias, consejos comunitarios de desarrollo) y otros adultos clave (maestros, padres, madres, proveedores de salud).⁵⁴</p>	<p>32% quiere completar una formación profesional, el 97% de las lideresas permanecieron solteras durante el ciclo del programa, el 94% desean postergar la maternidad hasta después de los 20 años de edad. Más del 80% de las niñas logró un promedio de 7.7 en una escala de 8 ítems, que sirvieron para cuantificar su sentido de auto-eficacia.⁵⁵</p>

Sostenibilidad. El pilotaje del modelo o de los modelos seleccionados incorporará estrategias para garantizar su continuidad a través de:

- Integración de actividades de las intervenciones en las actividades permanentes de las organizaciones comunitarias, escuelas y otras instancias territoriales.
- Capacitación a líderes, lideresas, docentes y otros recursos humanos de instancias territoriales en la implementación de la metodología del modelo seleccionado, acompañada de apoyo técnico en el proceso de ejecución.
- Apoyo técnico a procesos de la operativización de los enfoques de igualdad de género y derechos establecidos en el Currículo Nacional Básico en relación con la Educación de la Sexualidad de SEDUC ya incluidos en las guías metodológicas para docentes “Cuidando mi salud y mi vida”, las cuales están oficializadas por Acuerdo No. 2514-SE-10 como herramienta oficial para el tratamiento de la Educación Integral en Sexualidad en los centros educativos del país.⁵⁶
- Documentación de los procesos de adaptación de los modelos seleccionados en los 4 departamentos en los que funcionará CM, con miras a garantizar que la implementación a escala sea ajustada según contextos y perfiles de población.
- Apropiación del diseño, implementación y evaluación del modelo seleccionado por parte de organizaciones comunitarias, incluyendo grupos de jóvenes y de mujeres. Esto incluye también trabajar con las instancias socias gubernamentales y no gubernamentales en todas las etapas de desarrollo del programa, con énfasis en las ONG y gobiernos locales considerando el proceso de descentralización que se está llevando a cabo en el país.
- Evaluación pre y post de los modelos seleccionados así como desarrollar estudios longitudinales que midan si los cambios logrados se mantienen en el tiempo.
- Desarrollo de herramientas técnicas como el manual para líderes comunitarios, docentes y otros actores locales, recursos educativos para adolescentes y jóvenes y para medios de comunicación (spots de TV, mensajes de radio, etc.) que puedan ser utilizados en ediciones posteriores e implementación a escala.

- Elaborar acuerdos institucionales para garantizar financiamiento sostenido de las intervenciones educativas a fin de que sean implementadas de manera sistemática y en largo plazo.

Los modelos seleccionados se implementarán en un periodo de 3 años.

6.2 Iniciativa preventiva con madres, padres y otros adultos.⁵⁷

Esta intervención está dirigida a generar cambios en actitudes y prácticas de madres/padres y otros adultos de las comunidades que pueden contribuir a prevenir la violencia y buscar soluciones a los problemas de SSR y la AE que enfrentan las adolescentes en las distintas esferas en las que se desenvuelven sus vidas, en sus patrones de acceso y utilización de los servicios así como a los recursos de apoyo familiares y comunitarios. Se centra en reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores en las familias y comunidades y, de esta forma, garantizar impacto sostenible de los servicios y actividades en torno a la VCM, la SSR y la AE que se ofrecerán en los CCM.

Tomando como base la evidencia internacional y las experiencias nacionales de trabajo con madres y padres y otros adultos dirigidas a fortalecer las familias y/o aumentar el conocimiento de éstos en educación sexual, CM diseñará una estrategia de desarrollo integral de las adolescentes para madres/padres y otros adultos y elaborará manual de apoyo y materiales educativos correspondientes. Estos materiales incluirán temas como el rol de madres/padres y otros adultos en la prevención de la violencia contra las adolescentes así como las consecuencias de la violencia contra adolescentes y la importancia del uso de servicios así como del apoyo familiar y social para las sobrevivientes. Igualmente, se abordará la SSR con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, prevención de ITS, la importancia de la educación y capacitación de las adolescentes para su desarrollo integral y sus oportunidades futuras de vida. Se capacitará a las proveedoras de servicios del Módulo de Violencia contra las Mujeres (MVCM) y el MAA, los enlaces institucionales y actores comunitarios clave en la implementación de las iniciativas. También abordará los vínculos entre la violencia contra las adolescentes y el embarazo adolescente, la SSR en general, la salud mental y la autonomía económica de las adolescentes.

Se implementará en un periodo de 3 años e incluye jornadas con madres/padres y adultos, con un estimado de 3-5 jornadas por año y un total de 350 madres/padres y otros adultos por CCM por año, así como jornadas con adolescentes, madres/padres y otros adultos. Estos encuentros se complementarán con una campaña audiovisual dirigida específicamente a madres/padres y otros adultos.

6.3 Diseño de un programa de formación en derechos de las mujeres

El programa combinará estrategias educativas virtuales y presenciales. Se diseñará una plataforma online para implementar los contenidos del manual en línea a fin de ampliar la cobertura de la capacitación particularmente de promotoras de desarrollo local y comunitario. En todos los casos, la capacitación virtual estará acompañada de actividades presenciales. Se capacitarán facilitadoras locales, incluyendo de las OMM para repliquen el curso en las comunidades en jornadas presenciales.

Objetivos. Esta iniciativa se centra en desarrollar procesos de capacitación que aseguren la adquisición de conocimientos y capacidades necesarias para promover, abogar y poner en práctica el goce de los derechos de las mujeres y adolescentes. Se espera que las y los participantes logren

aumentar su nivel de conocimiento y desarrollen actividades individuales y colectivas vinculadas a los derechos de las mujeres en todos los ámbitos.

Competencias. Las actividades y recursos de aprendizaje se centrarán en aumentar el nivel de conocimiento, comprensión de los enfoques y conceptos clave y los derechos de las mujeres así como el análisis y aplicación de los principios de derechos humanos y género, los instrumentos internacionales y nacionales de protección de derechos así como de buenas prácticas en el abordaje de los derechos de las mujeres. Se espera fortalecer las competencias de las mujeres y actores locales para implementar estrategias de movilización comunitaria y apoyo a la promoción y ejercicio de los derechos de las mujeres y reforzar las capacidades de activismo y participación de las mujeres y adolescentes en estrategias y programas locales de desarrollo, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, la SSR integral, AE y VCM.

Contenidos. El programa estará organizado en tres módulos que abordan los temas que se describen a continuación.

Enfoques y conceptos clave	Derechos humanos de las mujeres	Buenas prácticas y estándares internacionales sobre derechos y empoderamiento de las mujeres
<ul style="list-style-type: none"> •Igualdad de género: dimensiones conceptuales y prácticas •Vínculos entre empoderamiento e igualdad de género, •Relevancia de la igualdad de género para el desarrollo humano y de la comunidad. •Normas tradicionales de género y condición social de las mujeres •Derechos y desarrollo integral de adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> •Igualdad de género y derechos humanos •Principios de derechos humanos y género •Derechos económicos y laborales. •Derechos sociales y culturales. •Derecho a la salud •Derecho a la educación •Derechos políticos. •Organización social de las mujeres adultas y jóvenes •Leyes nacionales y derechos de las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> •Instrumentos internacionales de protección de derechos humanos, género y diversidad •Buenas prácticas en el abordaje de derechos de las mujeres, incluyendo las adolescentes, normas tradicionales de género y SSR, AE y VCM.

El programa abordará los instrumentos normativos vigentes a nivel internacional, regional y nacional que se describen en el siguiente cuadro.

Cuadro 5: Marco normativo internacional, regional y nacional sobre igualdad de género

Tipo de instrumento según nivel	Instrumento
Internacional	<ul style="list-style-type: none"> • Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) • Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la (Belem Do Pará). • Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993) • Declaración y Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer

	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio 111 OIT. Convenio relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación • Convenio 100 OIT. Igualdad de remuneración, 1951.
Regional	Política Regional de Igualdad y Equidad de Género del Sistema de la Integración Centroamericana. A ser implementada por todo el SICA, se constituye en un medio para avanzar en la institucionalización de la igualdad y equidad de género a nivel regional y nacional, brindando mayores oportunidades políticas, de articulación interinstitucional, así como capacidades programáticas y técnicas para impulsar medidas de igualdad.
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> • El Plan de Igualdad y Equidad de Género 2010-2022. Se sustenta en el reconocimiento del derecho de las mujeres y hombres sin ninguna discriminación; Este Plan fue aprobado en el 2010- y publicado en la gaceta en el 28 de julio del 2010; expresa las demandas de las mujeres como ciudadanas sujetas de sus derechos. • Ley de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. Es un compendio de disposiciones que garantizan la igualdad entre hombres y mujeres y protege a estas contra cualquier tipo de discriminación que cultural e históricamente se practique en Honduras, en todos los ámbitos de su desarrollo, esto está fuertemente apoyado por el antecedente constitucional de que “todos los hombres y mujeres nacen libres e iguales en derecho”. • Ley Contra la Violencia Domestica (1997) y sus reformas (2005). Establece que el Estado adoptará como política pública las medidas que sean necesarias para prevenir, sancionar y en definitiva erradicar la violencia doméstica contra la mujer, por tanto promoverá y ejecutará, en su caso, los compromisos y lineamientos de política. • Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2014-2022. Establece la voluntad política del Estado hondureño a fin de que todas las instituciones ya sean públicas, privadas, nacionales o extranjeras contribuyan a la disminución paulatina de la violencia contra las mujeres en Honduras.

Perfil de participantes. El programa está dirigido a usuarias de CM, organizaciones de mujeres, organizaciones sociales, organizaciones comunitarias, ONG, líderes y lideresas, docentes, personal de las OMM, consejos departamentales y comités municipales de los territorios de influencia de los CCM, entre otras. Se capacitará a promotoras miembros de ONG y/u otras instancias locales para que desarrollen actividades sistemáticas de capacitación de mujeres y adolescentes en los territorios de influencia de los CCM. Las responsables de las OMM serán capacitadas para fungir como multiplicadoras de la capacitación a nivel local.

Duración: Cada curso tendrá una duración de 40 - 60 horas repartidas en sesiones que respondan los tiempos disponibles de las y los participantes.

Dinámica del programa. El programa incluirá actividades permanentes de intercambio de experiencias, el análisis y aplicación de los temas e instrumentos metodológicos tratados. La plataforma virtual incluirá foros y actividades individuales y grupales para asegurar la interactividad e intercambio entre facilitadoras y participantes. Entre los recursos de aprendizaje se incluirán lista de recursos, lecturas obligatorias y complementarias, casos, glosario, bases de datos, formularios/fichas, enlaces de interés, recursos informativos; así como foros y webconferencias. Se elaborará un manual de capacitación validado con las instancias territoriales

seleccionadas y que las OMM apliquen con fondos propios o de otras fuentes, las jornadas de capacitación. El MEC elaborará los materiales pertinentes para el desarrollo de las actividades de capacitación de la plataforma, incluyendo el manual, folletos educativos, videos, entre otros.

Evaluación. El programa incluirá tres tipos:⁵⁸

- La **evaluación diagnóstica o inicial**, que apoya la definición de las necesidades educativas de las y los participantes y sus resultados se utilizarán para adaptar los recursos de aprendizaje y actividades y evaluar el perfil de entrada de las y los participantes.
- La evaluación de **proceso intermedia**, enfocada en la valoración de los aprendizajes desarrollados y la pertinencia y calidad de un programa mismo. Se utilizará para tomar decisiones durante la marcha del proceso incluyendo ajustes de tiempo, actividades, dinámica de foros o actividades grupales, entre otros.
- La **evaluación final** que permitirá certificar el aprendizaje de las y los participantes, identificar resultados no esperados y obtener insumos para realizar ajustes a las futuras ediciones de los cursos.

Coordinación y gestión. A nivel territorial el programa será implementado por las OMM, en alianza con las organizaciones de mujeres y redes de organizaciones de mujeres, aplicando la experticia existente en el diseño de estrategias de capacitación para el liderazgo de las mujeres con un fuerte componente de monitoreo y evaluación.

Etapas. La puesta en marcha del programa de educación en derechos de las mujeres incluye las siguientes etapas:

Etapas 1. La preparación de condiciones para la ejecución del programa y el establecimiento de los mecanismos de coordinación institucionales.

Etapas 2. El diseño de la plataforma virtual y validación del manual en derechos de las mujeres, la capacitación de las potenciales facilitadoras (educadoras comunitarias, responsables de las OMM). El diseño de la plataforma virtual incluye:

- Instrucciones sobre el entorno virtual y uso de funcionalidades
- Montaje de objetos de aprendizaje
- Crear de espacios de comunicación, incluyendo foros, chats, cibercafé (opcional)
- Herramientas de evaluación y certificación automatizada
- Cuestionario inicial para participantes y de medio término
- Evaluación final del curso por parte de las y los participantes
- En esta etapa también se capacitarán a las facilitadoras en la plataforma virtual y de las actividades presenciales.

Etapas 3. Desarrollo de procesos de formación y educación virtual y presencial con grupos de mujeres, con aproximadamente 3,000 personas capacitadas en 18 meses, es decir, 750 por cada CCM. La implementación por parte de las OMM y otras instancias debe garantizar la transferencia y apropiación de la propuesta metodológica del programa en su conjunto por parte de todas las instancias pertinentes.

Etapas 4. Monitoreo y evaluación del programa de formación, incluyendo la sistematización de los procesos y los resultados.

6.4 Estrategias de vinculación entre comunidad y servicios de CM

La promoción de la oferta de servicios de los CCM estará a cargo de las técnicas territoriales, en colaboración con las educadoras del MEC. Esta intervención servirá para sensibilizar a mujeres, comunidades y actores clave sobre la importancia de los servicios integrados en sitio único en términos de integralidad y continuidad de la atención, reducción de tiempo para utilizar distintos servicios y su rol en el desarrollo de las mujeres y las comunidades. La difusión en la comunidad de información detallada sobre los distintos servicios que se ofrecen y su alcance, ayudará a evitar falsas expectativas sobre servicios que no forman parte de la oferta de los CCM. Particularmente, estas estrategias apoyarán y complementarán la estrategia de inducción de demanda de servicios de CM por parte de las adolescentes que garantice el aumento progresivo en el acceso y utilización oportuna de éstos, produzca el apoyo comunitario y familiar necesario y fortalezca el acceso alternativo/complementario desde y hacia instancias locales que abordan el EA, la SSR, la violencia contra las adolescentes y otros recursos vinculados al desarrollo integral de las mujeres y adolescentes.

La efectividad de las intervenciones educativas de CM para las mujeres y adolescentes dependerá en gran medida de la capacidad de CM para cerrar las brechas entre conocimientos y prácticas a nivel poblacional, particularmente en los patrones de acceso y utilización de servicios y recursos en SSR, incluyendo aquellos que influyen directamente en la SSR, la autonomía económica y la prevención de la VCM. El MEC también desarrollará actividades en los servicios de los CCM para promover el acercamiento de las mujeres usuarias a los procesos de sensibilización y capacitación del módulo a nivel territorial.

La evidencia a nivel mundial ha mostrado que la provisión de información de los servicios y recursos existentes no es suficiente para generar demanda por parte de las mujeres y adolescentes y que es necesario producir cambios en conocimientos y percepciones sobre el “porqué” éstos son necesarios y cuando utilizarlos, reducir las ansiedades y preocupaciones relacionadas con su uso, motivar su utilización, y eliminar las barreras de acceso en su entorno cercano, particularmente las personas que influyen en sus decisiones y acciones tales como miembros de la comunidad, la familia, la pareja y pares.

7. Personal que integra el MEC

El personal del MEC debe contar con competencias suficientes para desarrollar estrategias de base comunitaria que aborden los factores de riesgo y protectores así como los determinantes de las desigualdades de género, con énfasis en SSR, AE y VCM. También debe conocer a fondo y gestionar las implicaciones teóricas y prácticas de los enfoques de género y diversidad étnica. El personal del MEC participa en actividades de capacitación y reflexiones grupales, coordinación intersectorial y difusión de los servicios de CM en las comunidades, por lo que su perfil debe incluir capacidades para el uso de metodologías participativas y de coordinación interinstitucional. Para un territorio de 500.000 habitantes se recomienda contratar tres educadoras y una coordinadora del MEC. En el siguiente cuadro se describen los perfiles y las funciones de este personal.

Cuadro 6: Personal que integra el MEC, perfiles y funciones

Nombre del cargo	Coordinadora del Módulo de Educación Colectiva
Reporta a	Jefa de Módulos del Centro Ciudad Mujer
Supervisa de manera directa a:	Funcionarias del MEC
Institución	Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
Descripción general del cargo	Planificar, coordinar, dirigir, y evaluar las intervenciones del MEC, orientadas a promover la igualdad y equidad en cada una de las estrategias abordadas, orientadas a promover los derechos humanos de las mujeres con énfasis en la prevención de violencia contra la mujer, autonomía económica y salud sexual reproductiva.
<p>Funciones generales</p> <p>Coordinación del Equipo del MEC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Convocar, organizar y dirigir reuniones periódicas con el Equipo del MEC para dar seguimiento a los planes de trabajo, evaluar la colaboración interinstitucional con las instancias territoriales pertinentes y promover el intercambio y la complementariedad de acciones en el equipo, así como identificar temas emergentes relacionados con las intervenciones del MEC. 2. Planificar, coordinar, gestionar y monitorear e informar sobre el desarrollo de procesos formativos presenciales y en línea. 3. Asegurar el cumplimiento de los estándares y principios de CM en torno a la educación colectiva establecidos en el protocolo de funcionamiento del módulo. 4. Supervisar la aplicación de los procedimientos establecidos en el protocolo del MEC de forma periódica para recomendar ajustes al mismo. <p>Gestión de las intervenciones del MEC</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Coordinar y desarrollar alianzas con actores claves para el desarrollo de estrategias de educación comunitaria. 6. Supervisar la ejecución de las intervenciones seleccionadas del MEC. 7. Garantizar la dotación continua de insumos requeridos para la ejecución de las intervenciones del MEC. 8. Actuar oportunamente al detectar condiciones que necesiten atención inmediata en el desarrollo de las intervenciones del MEC en las comunidades y centros educativos. Procurar resolver situaciones excepcionales que se presenten en estas intervenciones garantizando la protección de los derechos de las mujeres adultas y las adolescentes. 9. Dar seguimiento a los componentes de M&E de las intervenciones del MEC. 10. Dar seguimiento a los resultados de las intervenciones y asegurar su disseminación entre las instancias externas e internas (CM) pertinentes. <p>Coordinación intermódulos y coordinación interinstitucional</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Coordinar con la Unidad Territorial del CCM para obtener información y establecer contacto con los actores territoriales clave, conocer mapas de riesgos y los recursos comunitarios disponibles y comprender las necesidades y perfil de las mujeres en el territorio. 12. Coordinar estrategias conjuntas con otros módulos, particularmente con el MAA, MAE, MSSR y VCM, para asegurar la alineación y complementariedad de los enfoques, mensajes y contenidos de las intervenciones del MEC dirigidas a mujeres y adolescentes. 13. Coordinar el análisis de situaciones especiales en las intervenciones comunitarias y centros educativos que requieran apoyo de otros módulos. <p>Planificación, monitoreo y evaluación</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Participar en reuniones/actividades organizadas por la Jefa de módulos y el área de Dirección del CCM. 	

15. Coordinar y aprobar la planificación semanal de actividades del MEC en los centros educativos y con las organizaciones comunitarias en torno a los derechos de las mujeres.
16. Planificar las compras necesarias de insumos requeridos para asegurar la implementación de las actividades programadas.
17. Planificar las actividades del MEC evitando la superposición de actividades y servicios institucionales.
18. Elaborar informes estadísticos mensuales y revisión de los informes de progreso y evaluaciones de las intervenciones del MEC .
19. Planificación, monitoreo y evaluación y manejo del personal del módulo.
20. Coordinar los programas y proyectos de apoyo que puedan gestionarse desde el Programa CM para fortalecimiento del MEC.
21. Planear y organizar junto al equipo de dirección del CCM, los programas de capacitación del personal del módulo.

Requisitos del puesto

Educación

- Profesional universitaria graduada en ciencias sociales, pedagogía, orientación educativa, trabajo social o carreras afines.
- De preferencia con especialidad o capacitación en estrategias de prevención primaria, promoción de derechos humanos de las mujeres, género y empoderamiento.

Formación

- Conocimiento del marco legal e institucional a nivel nacional y estándares internacionales relacionados con la VCM y derechos de las mujeres.
- Conocimiento sobre estándares internacionales y buenas prácticas de prevención primaria de la VCM, promoción de la SSR, autonomía económica así como estrategias comunitarias en torno a los derechos de las mujeres y adolescentes.

Habilidades

- Coordinación y capacidad de trabajo en equipo a nivel comunitario.
- Capacidad de actuar y tomar iniciativa en casos de necesidad de readecuación del equipo.
- Capacidad para trabajar bajo presión y alto grado de iniciativa y responsabilidad.
- Dinámica y resolutiva.
- Sensibilidad y compromiso con los principios de CM y de las intervenciones comunitarias en torno a la prevención de la VCM y los derechos de las mujeres.
- Tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito profesional y de trabajo a nivel comunitario.
- Excelentes relaciones interpersonales.
- Habilidad para comunicarse claramente en forma oral, escrita y para retener y transmitir la información correctamente.
- Manejo de paquetes utilitarios (Office) y manejo de las tecnologías de la información y comunicación.
- Redacción de informes.

Experiencia

- Poseer 3 años de experiencia como mínimo en el desempeño de puestos similares focalizados a programas de formación comunitaria.
- Comprobada experiencia de al menos 3 años en la implementación de estrategias de prevención primaria de la VCM e intervenciones comunitarias en torno a los derechos de las mujeres

Nombre del cargo	Educadora del MEC
Reporta a	Coordinadora del MEC
Institución	Instituto Nacional de la Mujer (INAM)
Descripción general del cargo	Dar seguimiento, supervisar e implementar las estrategias del MEC de acuerdo a las directrices de la Coordinadora del MEC con el objetivo de asegurar la ejecución de las intervenciones priorizadas.
<p>Funciones y responsabilidades</p> <p>Desarrollo e implementación de las intervenciones del MEC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar con las instancias pertinentes la implementación de los modelos de trabajo con adolescentes y madres, padres y otros adultos adaptados. 2. Coordinar la implementación del programa de formación en derechos de las mujeres . Esto incluye actividades formativas con poblaciones específicas de mujeres tales como jóvenes, indígenas, afrohondureñas, migrantes retornadas, u otros pertinentes. 3. Elaborar e implementar la planificación anual de las intervenciones del MEC en coordinación con las instancias locales pertinentes. 4. Capacitar a distintas audiencias a nivel comunitario, incluyendo las responsables de las OMM, desarrollar la formación de formadoras/es y de facilitadoras/es sobre las metodología educativas dirigidas a docentes, jóvenes lideresas y las OMM. <p>Participación en el Equipo del MEC</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Análisis de situación de los temas clave que aborda el MEC con miras a proponer ajustes necesarios al desarrollo de las intervenciones comunitarias. 6. Intercambio de información sobre las actividades territoriales, datos seleccionados de las participantes de las actividades del MEC; con estricto apego a normas de confidencialidad. 7. Coordinar con el Equipo del MEC, la articulación de las intervenciones del módulo para aumentar su efectividad. 8. Proveer información sobre las intervenciones del MEC a potenciales participantes, en espacios y/o actividades del resto de los módulos de CM e instancias comunitarias. 9. Presentar las intervenciones del MEC a actores locales que sean relevantes para asegurar una efectiva ejecución de las mismas. <p>Planificación, monitoreo y evaluación</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Elaborar informes periódicos para la coordinación del MEC relacionados al funcionamiento de las intervenciones. 11. Elaborar informes sobre los resultados anuales y evaluaciones de las intervenciones del MEC. 12. Elaborar e implementar la planificación anual de los cursos en colaboración con los actores territoriales pertinentes. 13. Participar en la revisión del manual sobre derechos de las mujeres y la capacitación en su uso. 14. Realizar y/o atender otras actividades que delegue la Jefatura Superior Inmediata, en relación al puesto. 	

Requisitos del puesto

Educación

- Graduada universitaria en Ciencias Sociales, Educativas o carreras afines.
- De preferencia con especialidad o capacitación en estrategias de prevención primaria de la VCM, promoción de la autonomía económica SSR, y promoción de derechos humanos de las mujeres y adolescentes.

Formación

- Experiencia reconocida en el trabajo con instituciones gubernamentales (sector educativo y afines), organizaciones sociales, incluyendo organizaciones de mujeres; y comunidades.
- Capacidad de planificación, organización en el ámbito territorial.
- Conocimiento sobre M&E de intervenciones comunitarias.

Habilidades

- Capacidad de coordinación con distintos actores locales.
- Habilidades y destrezas para manejo de grupos y facilidad para trabajar en equipos interdisciplinarios y facilitar talleres
- Sensibilidad social y compromiso personal con los principios del MEC y CM.
- Capacidad de negociación y trabajo bajo presión
- Sensibilidad social y compromiso personal con los principios rectores del modelo de atención en sitio único de CM y de las intervenciones comunitarias en torno a la prevención de la VCM y los derechos de las mujeres.
- Tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito profesional y de trabajo a nivel comunitario.
- Excelentes relaciones interpersonales.
- Habilidades de comunicación oral y escrita.
- Trabajo en equipo
- Manejo de paquetes utilitarios (Office).
- Redacción de informes.

Experiencia

- Poseer 3 años de experiencia como mínimo en el desempeño de puestos similares, con énfasis en labores que requieren el uso y manejo de metodologías técnica y herramientas participativas.

8. Requerimientos e insumos

El MEC necesita oficinas para el personal equipadas con computadoras, mobiliario de oficina y una sala de reuniones de trabajo del equipo y con representantes de organizaciones gubernamentales, ONG y grupos comunitarias para la coordinación de acciones conjuntas. El MEC utilizará los salones de usos múltiples del CCM para actividades grupales.

Cuadro 6: Equipamiento del MEC

ÁREA	EQUIPO TÉCNICO		EQ INFORMÁTICO	MOBILIARIO DE OFICINA Y HERRAMIENTAS	
	MÁQ Y EQUIPO	EQ MÉDICO Y DE LAB		MOBILIARIO	HERRAMIENTAS Y REP.
COORDINADORA			1 CPU 1 Impresor multif. 1 Monitor 1 Teclado 1 UPS	Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas	
OFICINA DE EDUCADORAS			2 CPU 2 Monitor 2 Teclado 2 UPS	Archivador metálico de 3 gavetas Escritorio secretarial de 3 gavetas Silla de espera tela sin brazos	

9. Monitoreo y evaluación

Dada la diversidad de estrategias de educación colectiva que se desarrollarán en los territorios de influencia, el monitoreo y evaluación del MEC debe incluir, además de registros administrativos de cantidad y perfil de participantes de las actividades, al menos evaluaciones pre y post de las 4 intervenciones priorizadas, midiendo cambios a diferente nivel (individual, relacional, familiar y comunitario). En el siguiente cuadro se incluyen algunos indicadores que podrían ser utilizados para el monitoreo y evaluación del MEC.

Cuadro 8: Indicadores de monitoreo y evaluación del MEC

Nivel	Indicadores	Fuente
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de mujeres y hombres de 15 años y más que está de acuerdo con normas tradicionales de género sobre SSR, AE, VCM, desagregando datos de la población de 15-19 años. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 años y más que está de acuerdo con uso por parte de las mujeres adolescentes de los servicios de CM, desagregando datos de la población de 15-19 años. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 años y más que reporta haber realizado alguna actividad en su familia o en la comunidad en contra de la violencia contra las mujeres, niñas y/o adolescentes, promoción de la SSR y AE, desagregando datos de población de 15-19 años. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 años y 	Encuesta específicamente diseñada para Ciudad Mujer, aplicada en zonas de tratamiento y control

	más que puede identificar al menos 2 servicios que se ofrecen en el CM para mujeres y adolescentes, desagregando datos de la población de 15-19 años.	
Productos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de adultos que participan en la Iniciativa preventiva madres, padres y otros adultos que influyen en las adolescentes desagregado por sexo. • Número de jóvenes capacitados en programas comunitarios de prevención de la violencia de género, promoción de la SSR y la autonomía económica desagregado por sexo. • Número de participantes en las actividades de diseño del manual sobre derechos de las mujeres por grupos de edad. • Número de organizaciones locales que desarrollan acciones coordinadas con CM en torno a las 4 estrategias del MEC. • Número de convenios de cooperación suscritos con instancias gubernamentales y gobiernos locales (alcaldías) . • Número de educadores/docentes capacitados en género y Derechos Humanos o metodologías de trabajo con adolescentes y jóvenes e igualdad de género desagregado por sexo. 	Datos administrativos de CM
Desempeño	<p>Eficacia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de instituciones socias capacitado en las 4 estrategias del MEC que participaron en la implementación de estas iniciativas. <p>Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de satisfacción de mujeres y hombres con las estrategias y actividades del MEC en los territorios de intervención. <p>Eficiencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo de operación de cada estrategia del MEC. 	Datos administrativos de CM

10. Riesgos y recomendaciones.

Los riesgos se relacionan con posibles resultados negativos no esperados de las estrategias comunitarias, las resistencias institucionales a la participación de las organizaciones de mujeres en procesos multisectoriales, la politización de las actividades, la falta de alineación entre enfoques del MEC y de las organizaciones locales y las competencias técnicas del personal del MEC.

Cuadro 9: Riesgos y recomendaciones

Riesgos	Recomendaciones
Resultados no esperados de las estrategias para cambiar normas tradicionales de género tales como actitudes negativas hacia las mujeres adolescentes y adultas, y/u organizaciones de mujeres, aumento de la violencia o de conductas de control por parte de la pareja, miembros de grupos comunitarios y/o familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar modelos para la promoción de la igualdad de género y cambio de normas de género a nivel comunitario con adolescentes y jóvenes, madres, padres y otros adultos que influyen en las adolescentes en el mismo tiempo, para potenciar la fertilización cruzada entre ambas intervenciones, enfatizando además en los beneficios de las mismas para las mujeres adolescentes, las comunidades, las familias y las parejas. • Fortalecer el papel de líderes y lideresas – activistas comunitarios, incluyendo las jóvenes y adolescentes para promover la importancia del empoderamiento de las mujeres adolescentes y adultas y de la SSR, AE y VCM como factor de desarrollo humano. • Usar protocolos de seguridad en el trabajo comunitario para el personal del MEC y las participantes en las acciones que promueven.
Limitadas competencias técnicas y prácticas estereotipadas del personal de las instancias socias clave para participar en la implementación de las estrategias del MEC priorizadas.	Implementar un plan de desarrollo sistemático de competencias entre el personal de MEC y de organizaciones socias en la adaptación, diseño, implementación y evaluación de las estrategias del MEC priorizadas.
Resistencias institucionales en CM y/o instancias aliadas, culturales y políticas a la participación de las organizaciones de mujeres u otras de sociedad civil en iniciativas interinstitucionales sobre igualdad de género.	Aprobar al más alto nivel del Programa CM una estrategia de incentivar la participación y coordinación con las organizaciones de mujeres en los procesos de educación colectiva de CM, incluyendo las adolescentes y jóvenes, y difundir dicha decisión en todos los niveles del Programa, con el propósito de asegurar la participación social, la colaboración intersectorial y la vigilancia social de las iniciativas comunitarias.
Inclusión de temas alternos o de tipo político en las estrategias del MEC priorizadas.	Diseñar estrategias focalizadas en objetivos relativos a la igualdad de género, SSR, incluyendo el embarazo adolescente, AE y VCM y basadas en evidencia de buenas prácticas a nivel mundial.
Riesgos para la seguridad física del personal del MEC a nivel territorial	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias de coordinación con líderes e instancias locales para garantizar la integridad física y reducir al mínimo los riesgos laborales en territorios de alto riesgo (zonas calientes). • Usar mapas de riesgos territoriales y protocolos de seguridad en el trabajo comunitario para el personal del MEC y las participantes de acciones que promueven.

-
- ¹ Yori Gidron. Multilevel Intervention. Encyclopedia of Behavioral Medicine. pp 1270-1270. http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4419-1005-9_1440
- ² Paul D. Cleary, Cary P. Gross, Alan M. Zaslavsky, and Stephen H. Taplin. Multilevel Interventions: Study Design and Analysis Issues. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2012 May; 2012(44): 49–55.
- ³ Schensul SL et al. Community Gender Norms Change as a Part of a Multilevel Approach to Sexual Health Among Married Women in Mumbai, India. *Am J Community Psychol*. 2015 Sep;56(1-2):57-68.
- ⁴ Elkan E. Daniel, Rekha Masilamani and Mizanur Rahman. The Effect of Community-Based Reproductive Health Communication Interventions on Contraceptive Use Among Young Married Couples in Bihar, India. *International Family Planning Perspectives*. Volume 34, Number 4, December 2008. <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/3418908.html>
- ⁵ Kostick KM1, Schensul SL, Singh R, Pelto P, Saggurti N. A methodology for building culture and gender norms into intervention: an example from Mumbai, India. *Soc Sci Med*. 2011 May;72(10):1630-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21524835>
- ⁶ WHO and Center for Public Health (2009). Violence prevention: The evidence. Changing cultural and social norms that support violence. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598330_eng.pdf
- ⁷ Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012). Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington D.C. Pan American Health Organization. Washington DC
- ⁸ Secretaría del Despacho de la Presidencia, Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Salud (2013). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDESA 2011-2012. República de Honduras.
- ⁹ Pantelides E y Manzelli H. (2005). La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo. Organización Panamericana de la Salud, GTZ, UNFPA. <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/SSRhombres2005.pdf>
- ¹⁰ Diny Luciano y Martin Negrete. Análisis de datos seleccionados sobre embarazo adolescente, conocimiento, utilización y acceso a servicios y recursos de salud sexual y reproductiva, atención a la violencia y normas de género en adolescentes de 15-19 años en Honduras - ENDESA 2011/12. Consultoría del BID. Versión del 25 de mayo de 2016. Washington DC
- ¹¹ Diny Luciano y Martin Negrete. Análisis de regresión logística sobre factores asociados al embarazo precoz en Honduras de los datos de ENDESA 2011/12 . Consultoría del BID. Versión del 22 de abril de 2016. Washington DC
- ¹² Diny Luciano y Martin Negrete (2016). Ibid
- ¹³ Ilene S. Speizer, Lisa Whittle and Marion Carter. Gender Relations and Reproductive Decision Making In Honduras *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(3):131–139. <https://www.guttmacher.org/about/journals/ipsrh/2005/09/gender-relations-and-reproductive-decision-making-honduras>
- ¹⁴ INAM. Compendio de Leyes sobre Derechos de la Mujer. Tegucigalpa. http://www.inam.gob.hn/web/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=5:compendio-de-leyes-sobre-derechos-de-la-mujer&Itemid=110
- ¹⁵ Teen Wise. Best Practices for Working with Teen Parents and Their Children. Minnesota. <http://teenwisemn.org/Documents/apn/WorkingWithTeenParents.pdf>
- ¹⁶ Search Institute. Developmental Communities: The Missing Link. <http://www.search-institute.org/what-we-study/communities>
- ¹⁷ High-Level Task Force for ICPD. Health and Population Dynamics; Employment and Decent Work for All, Social Protection, Youth, Education and Culture. June 2013. <http://icpdtaskforce.org/post-2015/health-and-population-dynamics-employment-and-decent-work-for-all-social-protection-youth-education-and-culture/>

-
- ¹⁸ Advocates for Youth (2015). The Reproductive and Sexual Health of Adolescent Girls in Low and Middle Income Countries. <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2474-the-reproductive-and-sexual-health-of-adolescent-girls-in-low-and-middle-income-countries>
- ¹⁹ Breton M and Doggett E (2006). Linking Gender-Based Violence Research to Practice in East, Central and Southern Africa: A Review of Risk Factors and Promising Interventions. USAID. [eastafrica.usaid.gov/\(S\(cezqxu452uv2mse1myyvvb45\)\)/documents...](http://eastafrica.usaid.gov/(S(cezqxu452uv2mse1myyvvb45))/documents...)
- ²⁰ Kirsten Robertson, Jessica Davidson. Gender-role stereotypes in integrated social marketing communication: Influence on attitudes towards the ad. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, Volume 21, Issue 3, Pages 168-175
- ²¹ Castelino, T., Colla, M. & Boulet, J. (2013) *Social Marketing for Preventing violence Against Women: making every action matter* Literature review for the Challenge Family Violence Project, Borderlands Cooperative, Melbourne, Australia and project partners. <https://assets.justice.vic.gov.au/ccp/resources/f83855ce-8021-4790-99d8-4ddb9ca99a0b/socialmarketinglitreview30052013.pdf>
- ²² Jennifer Herman. The #HeForShe Campaign is Using Social Media to Fight for Gender Equality. <https://www.uschamberfoundation.org/blog/post/heforshe-campaign-using-social-media-fight-gender-equality/42744>
- ²³ Mary K. Burket (2006). Improving Reproductive Health through Community-Based Services: 25 Years of Pathfinder International Experience. Pathfinder International. <http://www.pathfinder.org/publications-tools/pdfs/Improving-Reproductive-Health-through-Community-Based-Services-25-Years-of-Pathfinder-International-Experience.pdf>
- ²⁴ Simone Lombardini and Marcella Vigneri. Women's Empowerment in Lebanon: Impact evaluation of the project 'Women's access to justice in the Middle East and North Africa region. Effectiveness Review Series 2014–15 Oxfam GB. <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/womens-empowerment-in-lebanon-impact-evaluation-of-the-project-womens-access-to-582081>
- ²⁵ WHO (2009). Generating demand and community support for sexual and reproductive health services for young people. A review of the literature and programmes. Geneva. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44178/1/9789241598484_eng.pdf
- ²⁶ The World Bank (2014). Voice and Agency. Empowering women and girls for shared prosperity. http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/Voice_and_agency_LOWRES.pdf
- ²⁷ Muralidharan, A., J. Fehringer, S. Pappa, E. Rottach, M. Das and M. Mandal. 2014. Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health: Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programs in Low- and Middle-Income Countries. Washington DC: Futures Group, Health Policy Project; and Chapel Hill, North Carolina: MEASURE Evaluation. https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/381_gpmindiasummaryreport.pdf
- ²⁸ WHO and Center for Public Health (2009). Violence prevention: The evidence. Changing cultural and social norms that support violence. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598330_eng.pdf
- ²⁹ Rohini Yadav and Rajendra Rathore. Effectiveness of training package about women rights awareness for rural women. *Raj. J. Extn. Edu.* 17 & 18 : 175-177, 2009 & 2010 . <http://www.rseeudaipur.org/wp-content/uploads/2013/02/42.pdf>
- ³⁰ OECD. Gender equality and women's rights in the post-2015 agenda: A foundation for sustainable development. Element 3, Paper 1. <https://www.oecd.org/dac/gender-development/POST-2015%20Gender.pdf>
- ³¹ Population Council. Abriendo Oportunidades. <http://www.popcouncil.org/research/abriendo-oportunidades-opening-opportunities>
- ³² Poder Legislativo. Código de conducta ética del servidor público de Honduras. Decreto N°36-2007
- ³³ Kansas University. The Community Toolbox. Section 5. Ethical issues in community interventions. <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/analyze/choose-and-adapt-community-interventions/ethical-issues/main>
- ³⁴ Aronson Fontes L. (2004). Ethics in Violence Against Women Research: The Sensitive, the Dangerous, and the Overlooked. *ETHICS & BEHAVIOR*, 14(2), 141–174
- ³⁵ CARE. (2008). Reducing Risks for Unintentional Harm in Programs to prevent and address Gender Based Violence (Draft). Retrieved from: Do no harm guidelines for GBV.
- ³⁶ Poder legislativo. Ley Fundamental de Educación. Decreto 262-2011.Honduras
- ³⁷ Secretaría de Educación. Reglamento de Centros Educativos, Acuerdo 1361-SE-2014. Honduras
- ³⁸ UN Women. Community mobilization, outreach and mass media. <http://www.endvawnow.org/en/articles/219-community-mobilization-outreach-and-mass-media-.html>
- ³⁹ UNFPA. Films and Music with a Purpose: 'Edutainment' for Young People in Honduras. <http://www.unfpa.org/news/films-and-music-purpose-edutainment-young-people-honduras#sthash.dOp7mXSj.dpuf>
- ⁴⁰ LORI A. ROLLER et al. Adaptation Guidance for Evidence-Based Teen Pregnancy and STI/HIV Prevention Curricula: From Development to Practice. *Am J Sex Educ.* 2014 May 21; 9(2): 135–154.
- ⁴¹ USA Office of Adolescent Health. Adaptations for Evidence-based Teen Pregnancy Prevention Programs
- ⁴² Promundo. <http://nationallatinonetwork.org/espanol-hombres/mens-toolkit-tools-and-materials/instituto-promundo-program-h>

-
- ⁴³ Margaret E. Greene and Andrew Levack for the Interagency Gender Working Group (IGWG) 2010. Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- ⁴⁴ ONU Mujeres. Capacitación de activistas. <http://www.endvawnow.org/es/articulos/1290-capacitacion-de-activistas.html>
- ⁴⁵ Raising Voices. *SASA! In Action*. <http://raisingvoices.org/sasa/>
- ⁴⁶ Population Council. Guía Curricular Integrada 2015. Guatemala.
- ⁴⁷ Promundo. <http://nationallatinonetwork.org/espanol-hombres/mens-toolkit-tools-and-materials/instituto-promundo-program-h>
- ⁴⁸ C Ricardo, M Nascimento, V Fonseca and M Segundo (2010). Program H and Program M: Engaging young men and empowering young women to promote gender equity and health. PAHO and Promundo. Washington DC. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/2010-Brazil-ProMundo-Ingles.pdf>
- ⁴⁹ Tatiana Moura. Principles of replication and scaling up of interventions for effective primary prevention of violence against women with young people A Case Study of Promundo's Programs H and M. UN Women in cooperation with ESCAP, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Expert Group Meeting Prevention of violence against women and girls. Bangkok, Thailand 17-20 September 2012. <http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/57/egm/egm-paper-tatiana-moura%20pdf.pdf>
- ⁵⁰ Raising Voices (2008). Una caja de herramientas para activistas en la prevención de la violencia hacia las mujeres y el VIH. Kampala
- ⁵¹ ONU Mujeres. Capacitación de activistas. <http://www.endvawnow.org/es/articulos/1290-capacitacion-de-activistas.html>
- ⁵² Watts, C, Devries, K, Kiss, L Abramsky, T, Kyegombe, Nand Michau, L, 2014. The SASA! Study: a cluster randomized trial to assess the impact of a violence and HIV prevention program in Kampala, 3ie Grantee Final Report. New Delhi: International Initiative for Impact Evaluation (3ie) <http://www.3ieimpact.org/evidence/impact-evaluations/details/292/>
- ⁵³ Sara Siebert . *SASA!:* Una metodología para prevenir la violencia contra las mujeres. Raising Voices.
- ⁵⁴ Population Council. Abriendo Oportunidades. Septiembre 2012. <https://www.globalgiving.co.uk/pfil/8967/projdoc.pdf>
- ⁵⁵ UNFPA. Protegiendo los Derechos, Liberando el potencial de las niñas indígenas en zonas rurales de Guatemala. Reportaje 14 de mayo 2013. <http://www.unfpa.org/news/protecting-rights-unleashing-potential-indigenous-girls-rural-guatemala>
- ⁵⁶ Secretaría de Educación (2015). Cuidando mi salud y mi vida. Guía metodológica para docentes. III Ciclo de Educación Básica. Séptimo, Octavo y Noveno Grados. República de Honduras.
- ⁵⁷ National Adolescent and Young Adult Health Information Center (2014). A Guide to Evidence-Based Programs for Adolescent Health: Programs, Tools, and More. San Francisco: University of California, San Francisco. Available at: <http://nahic.ucsf.edu/wp-content/uploads/2014/08/Evidence-Based-Guide.pdf>
- ⁵⁸ OPS/OMS. El enfoque educativo Campus Virtual de Salud Pública. Aspectos conceptuales. Washington DC.

**PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DE
RECEPCIÓN, REGISTRO Y ORIENTACION
DE ATENCIÓN INICIAL**

CIUDAD MUJER/ HONDURAS

ENERO 2016

Elaborado por Fundación PLENUS y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con la participación del Equipo de País, integrado por la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social –SEDIS, el Instituto Nacional de la Mujer (INAM) y el Despacho de la Primera Dama de la República de Honduras.



INDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

PRESENTACIÓN

1. OBJETIVOS DEL MÓDULO	1
1.1. OBJETIVO GENERAL	1
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
2. DESCRIPCIÓN DEL MÓDULO.....	1
2.1. DESCRIPCIÓN.....	1
2.2. INSTITUCIONES PARTICIPANTES.....	2
3. DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS.....	2
3.1. RECEPCIÓN	2
3.2. REGISTRO.....	2
3.3. ORIENTACIÓN.....	3
4. MODELO DE ATENCIÓN	3
4.1. RECEPCIÓN	3
4.2. REGISTRO.....	5
4.3. ORIENTACIÓN.....	6
5. PROCEDIMIENTO INTEGRADO DEL MÓDULO.....	7
5.1. PROCEDIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INICIAL.....	7
5.2. FLUJOGRAMA	11
6. PERSONAL QUE INTEGRA EL MÓDULO DE ATENCIÓN INICIAL	12
7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	12
8. REQUERIMIENTOS E INSUMOS	12
9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES	13
9.1. TRANSFERENCIA EMOCIONAL A LAS ORIENTADORAS	13
9.2. CAPACITACIÓN PERMANENTE A LAS ORIENTADORAS	13
9.3. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS. EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.....	13
10. MONITOREO Y EVALUACIÓN: INDICADORES	13
ANEXOS.....	14

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. DETALLE DE PERSONAL QUE INTEGRA EL MÓDULO

SIGLAS Y ACRONIMOS

CM	Ciudad Mujer
CCM	Centro Ciudad Mujer
AI	Atención Infantil
MAI	Módulo de Atención Infantil
MSSR	Módulo de Salud Sexual y Reproductiva

PRESENTACIÓN

Lo más importante en la construcción de un modelo integrado de prestación de servicios, que en este caso se dirige al empoderamiento de las mujeres, es lograr que las mujeres permanezcan en el circuito de servicios porque los procesos de empoderamiento requieren de procesos de acompañamiento de largo aliento, y esto supone la necesidad de contar con un servicio administrativo complementario a la oferta de servicios esenciales, que permita registrar a la usuaria e identificarla de manera adecuada, para que su información quede resguardada y sea funcional para todas los operadores de servicios que participan en el Programa.

Por otra parte, la experiencia demuestra que normalmente las usuarias tienen un acercamiento exploratorio hacia los Centros de Ciudad Mujer (CCM), y si bien ellas son las únicas que pueden determinar la demanda de los servicios, en no pocas ocasiones resulta que se requiere tiempo para lograr un vínculo de confianza para que la usuaria comience a exponer los escenarios de realidad que la circundan.

En particular, no siempre las mujeres que experimentan violencia son conscientes de estar experimentándola pues debido a las normas sociales y de género imperantes en la sociedad han asumido que ciertos comportamientos violentos son normales o naturales en la relación de pareja. Otras usuarias, también en el ámbito de la violencia, sienten vergüenza de exponer su situación, o no sienten la confianza de hacerlo por no saber las consecuencias que tal denuncia puede generar para ellas o el resto de su grupo familiar.

Por otra parte, los círculos de violencia atrapan a la mujer y no le permitan una salida. Esto supone también que las mujeres que experimentan violencia muchas veces no llegan a un CCM de servicios buscando servicios de apoyo a la situación de violencia, sino la búsqueda de servicios de autonomía económica que se convierten en salida de ese círculo de la violencia.

Cabe destacar que es un comportamiento bastante generalizado que los diferentes problemas y dificultades que pueden enfrentar las mujeres son somatizados, de manera que la posibilidad de que la puerta de ingreso al CCM de servicios sea por medio de los servicios de salud es muy alta.

Las consideraciones anteriores evidencian la necesidad de que además del registro de datos de las usuarias exista un servicio de orientación que permita dirigir a la usuaria hacia los servicios más pertinentes, ampliando así la efectividad del modelo, porque es difícil para las mujeres identificar todos los servicios disponibles y cuáles son los más idóneos para su situación particular.

1. OBJETIVOS DEL MÓDULO

El módulo de recepción, registro y orientación tiene los siguientes objetivos:

1.1. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a canalizar la oferta de servicios del CCM hacia las usuarias en función de su situación particular, para incrementar la eficacia de los servicios prestados y la utilización racional de los mismos.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.2.1. Brindar a la usuaria una recepción cálida y agradable que facilite en ella una sensación de seguridad, serenidad y confianza en la búsqueda de soluciones a sus problemáticas.

1.2.2. Mantener un registro actualizado de los datos de las usuarias, permitiendo la construcción de expedientes que faciliten la prestación de servicios y el seguimiento a la atención que se da de forma continuada.

1.2.3. Generar un espacio íntimo y de confianza entre la usuaria y la orientadora de servicios, que permita comprender la situación que está enfrentando a la usuaria y definir la oferta de servicios que le resulta pertinente y que ofrece el mayor potencial de efectividad y éxito.

2. DESCRIPCIÓN DEL MÓDULO

2.1. DESCRIPCIÓN

El módulo de recepción, registro y orientación es el primer contacto de las usuarias con el CCM. En tal sentido, esta primera impresión de acogida, acompañada de la experiencia visual de la infraestructura, la limpieza y el orden del CCM, integran una de las claves más importantes para que la experiencia de la usuaria sea la mejor posible. El módulo desde la experiencia secuencial de su implementación presenta tres etapas perfectamente distinguibles, a saber: la recepción de la usuaria, el registro de sus datos, y la orientación dentro de la oferta de servicios.

La recepción es el conjunto de actuaciones que se realizan desde el ingreso físico de la usuaria hasta su acomodación frente a las funciones de registro.

El registro es una interacción necesaria entre las funcionarias del CCM y la usuaria, destinada a registrar sus datos principales y mantenerlos actualizados, facilitando de esta manera la apertura o localización de un expediente.

La orientación es una interacción igualmente necesaria entre funcionarias especializadas y cada usuaria, en un contexto de privacidad, en el cual se desarrolla una entrevista semi-estructurada y se establece un diálogo, basado en la escucha activa por parte de la orientadora, que permite tener una aproximación

bastante objetiva sobre la situación contextual que vive la mujer, para poder ofrecerle una oferta de servicios personalizada.

2.2. INSTITUCIONES PARTICIPANTES.

No se considera necesario tener una concurrencia de múltiples instituciones dentro de este módulo. La entidad coordinadora de Ciudad Mujer (CM) en Honduras, que además de ejercer la conducción política y la coordinación estratégica, ofrecerá el soporte administrativo de la operatividad del sistema de servicios integrados, siendo dicha entidad la Secretaría de Desarrollo e Inclusión Social -SEDIS.

3. DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

3.1. RECEPCIÓN

La recepción de la usuaria implica lo siguiente:

1. En la puerta inicial, donde se realiza el control de seguridad, se deben ofrecer las indicaciones correspondientes de ubicación dentro del CCM, señalándole el camino hacia el módulo de recepción y registro.
2. Brindar un saludo de bienvenida con amabilidad, invitando a la usuaria a dirigirse al escritorio de registro.

3.2. REGISTRO

El registro de las usuarias implica:

1. Obtener su número de identificación, por medio de la exhibición de su tarjeta de identidad. Del mismo modo se debe capturar la imagen de la huella de su pulgar derecho, en ausencia de este, el pulgar izquierdo, y en ausencia de ambos cualquier otro dedo. Si la usuaria careciere de manos, se omitirá la captura de la huella.
2. Introducir en una base computarizada los datos de identidad de la usuaria, incluyendo, nombre y apellidos, alias u otro nombre por el que sea conocida socialmente, lugar y fecha de nacimiento (el sistema hace el cálculo de edad). Así mismo, se introducen los datos relacionados con su lugar de vivienda, incluyendo la dirección exacta, así como todas las descripciones necesarias que faciliten llegar a su vivienda en caso necesario (por eso la contratación de funcionarias que conozcan la localidad es muy importante). Se registra la situación marital de la usuaria, en particular si vive sola, acompañada (unión de hecho), casada, o si es viuda o divorciada. Los hijos que viven con ella, sus nombres completos, fechas de nacimiento. Se debe registrar también el total de personas que viven en la vivienda y las relaciones de parentesco que tienen con la usuaria.
3. Otros datos que son importantes son los relacionados con escolaridad, rango de ingresos y empleo, detallando con exactitud el lugar de trabajo o

las labores que realiza –sobre todo si trabaja desde su propio hogar–, el cargo que ocupa y los teléfonos en el lugar de trabajo.

4. Finalmente se deben registrar los mecanismos de contacto de la usuaria, es decir, teléfono fijo, teléfono celular y en general todos los medios por los que se le pueda contactar.

CM Honduras debería contar con un sistema de información integrado con un código único de identificación de la usuaria, en donde se incluirán los datos generales, factores de riesgo y seguimiento a las referencias internas y externas. De esta manera, se podrá determinar el avance de cada usuaria en su proceso de empoderamiento.

Dicha información debería estar disponible para todas las funcionarias que trabajen en los Módulos de atención.

3.3. ORIENTACIÓN

La orientación de las usuarias implica:

1. El desarrollo de una entrevista semi-estructurada que favorezca un vínculo de confianza con la usuaria, y se convierta a su vez en un diálogo en el que ella exprese el motivo por el que visita el CCM, su contexto de vida, y las expectativas que ella tiene frente al CCM de servicios.
2. La formulación y explicación de una hoja de ruta, y una explicación de los servicios que recibirá, con un estimado del tiempo que en conjunto implicará el proceso que llevará en el CCM de servicios (normalmente una visita nunca es suficiente).
3. El seguimiento permanente de la hoja de ruta, y el cumplimiento de la misma por parte de la usuaria.
4. Debido a que la hoja de ruta generalmente se construye a partir del primer contacto con la usuaria, es muy frecuente que la misma sea bastante provisional y que a lo largo de la prestación de los servicios se modifique. Esa circunstancia es normal. Lo importante es que la usuaria se sienta cómoda con la ruta que se trace, que la comprenda y especialmente que sea consciente de la importancia que iniciar esta ruta pueda tener para transformar su vida.
5. La orientación se realizará la primera vez que la usuaria visita el CCM Ciudad Mujer (CCM), y cuando la usuaria tenga necesidades que el CCM pueda atender pero la hoja de ruta no esté atendiendo.

El proceso de orientación tendrá una duración aproximada de 20 minutos.

4. MODELO DE ATENCIÓN

4.1. RECEPCIÓN

Los pasos de implementación de la recepción son los siguientes:

1. En la entrada inicial, donde está instalado un control de seguridad policial, se da la bienvenida a la usuaria,. No se hacen preguntas a las usuarias, ni se les piden documentos de identificación. Se inspeccionan los bolsos y se registra a las usuarias para asegurar que ninguna de ellas porte armas de fuego o armas cortopunzantes al CCM que pueda poner en riesgo la seguridad de usuarias o personal que ahí labora.
2. No se permite el ingreso de hombres. En la caseta de seguridad se hace la advertencia correspondiente. Es importante que el personal de seguridad, sea femenino, y que logre explicar de manera adecuada que la razón por la cual los hombres no son admitidos se vincula al hecho de que se trata de generar un espacio de plena comodidad y confianza para las mujeres, a quienes se dirigen los servicios.
3. La funcionaria de recepción da la bienvenida de manera cordial y amable a la usuaria y demás acompañantes (niñas, niños y otras mujeres). Se dará prioridad de atención a las siguientes personas: i) usuarias que van acompañadas de niñas y/o niños, ii) adultas mayores conforme con la legislación nacional, iii) mujeres embarazadas, mujeres con capacidades y con necesidades especiales. En el caso de las mujeres acompañadas por niñas o niños procederán a registrarse y regresarán una vez que sus hijas e hijos estén siendo atendidos en el Módulo de Atención Infantil (MAI).

La funcionaria de recepción se encarga de distribuir a las usuarias en las sillas de espera. Se recomienda que las sillas de espera permitan la recepción de cuatro grupos diferentes de mujeres: i) las que visitan el CCM por primera vez, ii) las que visitan el CCM de forma subsecuente¹, iii) las que tienen cita para el Módulo de Salud Sexual y Reproductiva (MSSR), y iv) el resto de usuarias. A las mujeres acompañantes se les permite permanecer en recepción mientras esperan a que las usuarias concluyan la visita.

Debido a la alta afluencia de usuarias que visitan el MSSR se conforman grupos compuestos por 20 usuarias en recepción, de forma que van pasando en bloque al módulo.

4. Mientras se desarrolla el paso anterior, la funcionaria de recepción ubica en las sillas a la usuaria, conforme con la división apuntada anteriormente. Y explica a la usuaria que pronto será llamada para registrar o actualizar los datos.
Tanto las usuarias que visitan el CCM por primera vez como las que lo hacen de forma subsecuente serán atendidas por las orientadoras.

¹ Se considera una visita subsecuente a aquella que habiendo concluido con una hoja de ruta regresa al CCM a iniciar otro nuevo proceso de atención.

5. En la sala de recepción, y pensando en las acompañantes principalmente, se deben dar charlas sobre género, derechos de las mujeres, prevención de violencia e identificación de los patrones de violencia de género, autonomía económica y otros temas de interés. Dichas charlas oscilan entre 15 y 30 minutos.
6. Si la encargada de registro advierte que la niña o niño que acompaña a la usuaria presenta signos de enfermedad que ameritan atención y pueden poner en riesgo la salud de otros menores de edad en el MAI, solicita a la usuaria que priorice la salud de la niña o niño y re programe la visita al CCM para otra ocasión.

4.2. REGISTRO

Los pasos de implementación del registro son los siguientes:

1. La usuaria acompañada de niñas o niños será registrada normalmente, y las niñas y niños también. El registro consistirá en ingresar en la base de datos de niñas o niños acompañantes el nombre completo, edad, y vínculo de parentesco con la usuaria. Asimismo se tomará una foto al niño o niña y se guardará en la base de datos. La finalidad de tal fotografía es la de identificar la vestimenta del niño o de la niña en el día de la visita. Finalmente se colocará al niño o niña un brazalete (similar a los utilizados en los servicios “todo incluido” de hostelería) con el nombre de la usuaria. A la usuaria también se le pondrán tantos brazaletes como niñas o niños la acompañen.
2. Una vez que el registro de la usuaria y de menores acompañantes ha finalizado, la usuaria se dirige al módulo de atención infantil (MAI) y una vez que las y los niños están siendo atendidos regresa a recepción para continuar con el proceso. La primera vez que la usuaria visita el CCM la persona encargada de registro avisará a personal de Atención Infantil (AI) para que acompañe a la usuaria y su(s) hija(s) e hijo(s) al MAI. Cuando la usuaria ya conoce cómo llegar al MAI no requiere ser acompañada. Si por razones de edad o apego los niños o las niñas no quieren permanecer en el MAI, excepcionalmente se permitirá que la usuaria permanezca un tiempo en la sala de atención infantil, pero en cuanto el niño o la niña se sienta más confiada se solicitará a la usuaria que regrese al área de recepción para iniciar su proceso de atención.
3. Si el registro se realiza a usuaria que llega por primera vez, luego de completar el registro de los datos se le imprimirá un carné, cuyo uso se le recomendará a la usuaria cada vez que visite el CCM. El modelo del carné se ve en el anexo nº2. Las usuarias que ya han visitado el CCM se deberían poder identificar con su carné, o incluso con su huella digital.
4. Terminado el proceso de registro, si la usuaria no tiene cita previa, se le invitará a esperar su turno para ser llamada a orientación. En el escritorio de registro no se debe preguntar a la usuaria el motivo de su visita, por

razones de privacidad; pero se le indicará que pronto será llamada por una orientadora de servicios.

5. Si la usuaria ya se encuentra registrada, no se obviará el paso de registro. Se identificará con el carné o con la huella digital, y la funcionaria de registro verificará los datos y actualizará principalmente los datos de contacto de la usuaria, de manera que el CCM siempre tenga el mecanismo más actualizado de contacto. Sea que la usuaria tenga cita previa o no la tenga siempre deberá pasar por registro para actualizar o verificar la vigencia de sus datos.
6. Se recomienda que en el diseño del sistema informático se incluya una opción en la cual de manera automática las usuarias registradas vayan integrando una lista de espera que se comunique al personal de orientación, de manera que ellas puedan saber cuántas usuarias se encuentran esperando por sus servicios.

4.3. ORIENTACIÓN

Los pasos de implementación de la orientación son los siguientes:

1. La funcionaria de orientación saldrá de su cubículo hacia el área de recepción y registro y llamará a la usuaria por su nombre, a la que luego acompañará cortésmente hasta el cubículo.
2. En el cubículo dirigirá una entrevista que favorezca el diálogo con la usuaria, indicándole que el CCM de servicios está para brindarle apoyo, que el espacio del diálogo es privado y confidencial, y que tiene por finalidad elaborar una hoja de ruta de servicios para brindarle la mejor atención.
3. Permitirá que la usuaria exprese libremente, sin interrupciones, la situación que enfrenta, tratando de identificar sus expectativas. Escuchará con mucha atención, y cuando haya finalizado hará las preguntas que considere necesarias para tener una mejor comprensión de la situación e intereses de la usuaria.
4. La funcionaria de orientación hará un resumen de la situación expuesta por la usuaria, la que quedará consignada en el expediente almacenado en la base de datos de las usuarias.
5. Del mismo modo, la funcionaria de orientación acordará la hoja de ruta junto con la usuaria, la cual también quedará consignada en la base de datos. La hoja de ruta identificará los servicios que se prestarán a la usuaria, los resultados que se busca obtener con ellos, y se los explicará a la usuaria, cerciorándose que ella se sienta cómoda con la hoja de ruta, y que comprenda adecuadamente todo lo que se establezca en ella.
6. La funcionaria de orientación agradecerá la confianza de la usuaria en el CCM, y le invitará a dirigirse al módulo priorizado para iniciar con la implementación de la hoja de ruta.
7. Si la usuaria ya posee una hoja de ruta no necesita ir a orientación y se dirigirá al módulo de atención priorizado en su hoja de ruta.

5. PROCEDIMIENTO INTEGRADO DEL MÓDULO

5.1. PROCEDIMIENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INICIAL

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	EVIDENCIA
1	Seguridad	Indica a la usuaria y a sus acompañantes el lugar al cual deben acudir para ser recibidas y registradas. Prohíbe el ingreso a los hombres con las explicaciones correspondientes. Asegura que las usuarias no portan armas de fuego ni corto-punzantes. En caso de una situación de emergencia, por violencia o por salud, se comunica a directora del CCM para activar protocolos de emergencia.	No se deja evidencia
2	Encargada de recepción	Recibe a la usuaria y a sus acompañantes	No se deja evidencia
3	Encargada de recepción	Prioriza la atención de las usuarias acompañada por niños o niñas, usuarias adultas mayores, usuarias embarazadas, con capacidades o necesidades especiales), y les indica que pronto será llamada a registro. Posteriormente selecciona a las usuarias en distintos grupos según la siguiente clasificación: i) usuarias que visitan por primera vez el CCM; ii) usuarias que visitan de forma subsecuente; iii) usuarias que buscan servicios del MSSR; iv) resto de usuarias	No se deja evidencia
<i>La usuaria se hace acompañar de niños y/o niñas, tiene prioridad de atención en el registro. En caso contrario, omitir los pasos 6, 7 y 8</i>			
4	Encargada de recepción	Consulta a la usuaria si nunca antes le habían registrado sus datos en el CCM de servicios	No se deja evidencia
5	Encargada de recepción	Si la usuaria nunca antes había sido registrada, le solicita que presente el documento nacional de identidad, tomando los datos	Registro en base de datos

		<p>pertinentes de ahí, y luego preguntándole a la usuaria de manera directa el resto de información que el sistema requiere. Si la usuaria no porta con ella el documento nacional de identidad se le registra con los datos y el sistema debe asignarle un número de identificación exclusivo que no se repita. Se propone que el número correlativo se integre con la fecha del registro, la identificación numérica del CCM de servicios, y un correlativo</p> <p>Si la usuaria ya había sido registrada, le solicita que le exhiba su carné del CCM, o que coloque el dedo pulgar derecho en el scanner de huellas dactilares. En el caso de utilizar el carné del CCM se procede a hacer la lectura del código QR del mismo. Con cualquiera de los mecanismos el sistema desplegará en pantalla los datos de la usuaria, y la encargada de recepción debe actualizar todos los datos de contacto de la usuaria, en particular, lugar de vivienda, lugar de trabajo (si aplica), teléfono de contacto personal o de alguna persona de su confianza. Ir luego al paso 9.</p>	
6	Encargada de recepción	Si advierte que la niña o niño que acompaña a la usuaria presenta signos de enfermedad que ameritan atención y pueden poner en riesgo la salud de otros menores de edad en el MAI, solicita a la usuaria que priorice la salud de la niña o niño y re programe la visita al CCM para otra ocasión	No queda evidencia
7	Encargada de	Solicita a la usuaria que le provea	Registro en base

	recepción	de los nombres, edades y vínculos de parentesco de los niños y niñas que la acompañan, e introduce esos datos dentro de la ficha de registros de menores de edad acompañantes, procediendo de inmediato a fotografiar a cada uno de los niños o niñas que la acompañan (la fotografía debe destacar adecuadamente la vestimenta de la niña o niño, desde la altura del tórax).	de datos
8	Encargada de recepción	Coloca un brazalete a la usuaria por cada niño o niña que la acompaña, en el que escribe el nombre del niño o niña. Y coloca a cada niño o niña un brazalete en el que anota el nombre de la usuaria a la que acompañan.	Registro de uso de brazaletes
9	Encargada de recepción	Cuando la usuaria acompañada de niñas o niños visita por primera vez el CCM se comunica telefónicamente al MAI para que acompañe a la usuaria y sus acompañantes al MAI. Si la usuaria ya conoce cómo llegar al MAI no se hace acompañar por personal del CCM.	No se deja evidencia
10	Encargada de recepción	Solicita a la usuaria que tome asiento nuevamente indicándole que prontamente será llamada por una orientadora. El sistema informático ya ha avisado automáticamente a las orientadoras la lista de espera, y la ha distribuido equitativamente entre todas las orientadoras.	No se deja evidencia
11	Encargada de recepción	Si la usuaria tiene cita previa, pasa al módulo correspondiente.	Registro en base de datos
12	Orientadora	La orientadora llega al área de recepción y dirigiéndose por el nombre, llama a la usuaria, a la que acompaña hasta su cubículo	No se deja evidencia
13	Orientadora	Se entrevista con la usuaria, y registra su situación personal, sus necesidades, y expectativas frente	Registro en base de datos

		al CCM de servicios. Elabora hoja de ruta la cual entrega a la usuaria, se la explica detalladamente y se cerciora que la ha entendido.	
14	Usuaría	Se dirige al módulo de servicios priorizado por la orientadora	-

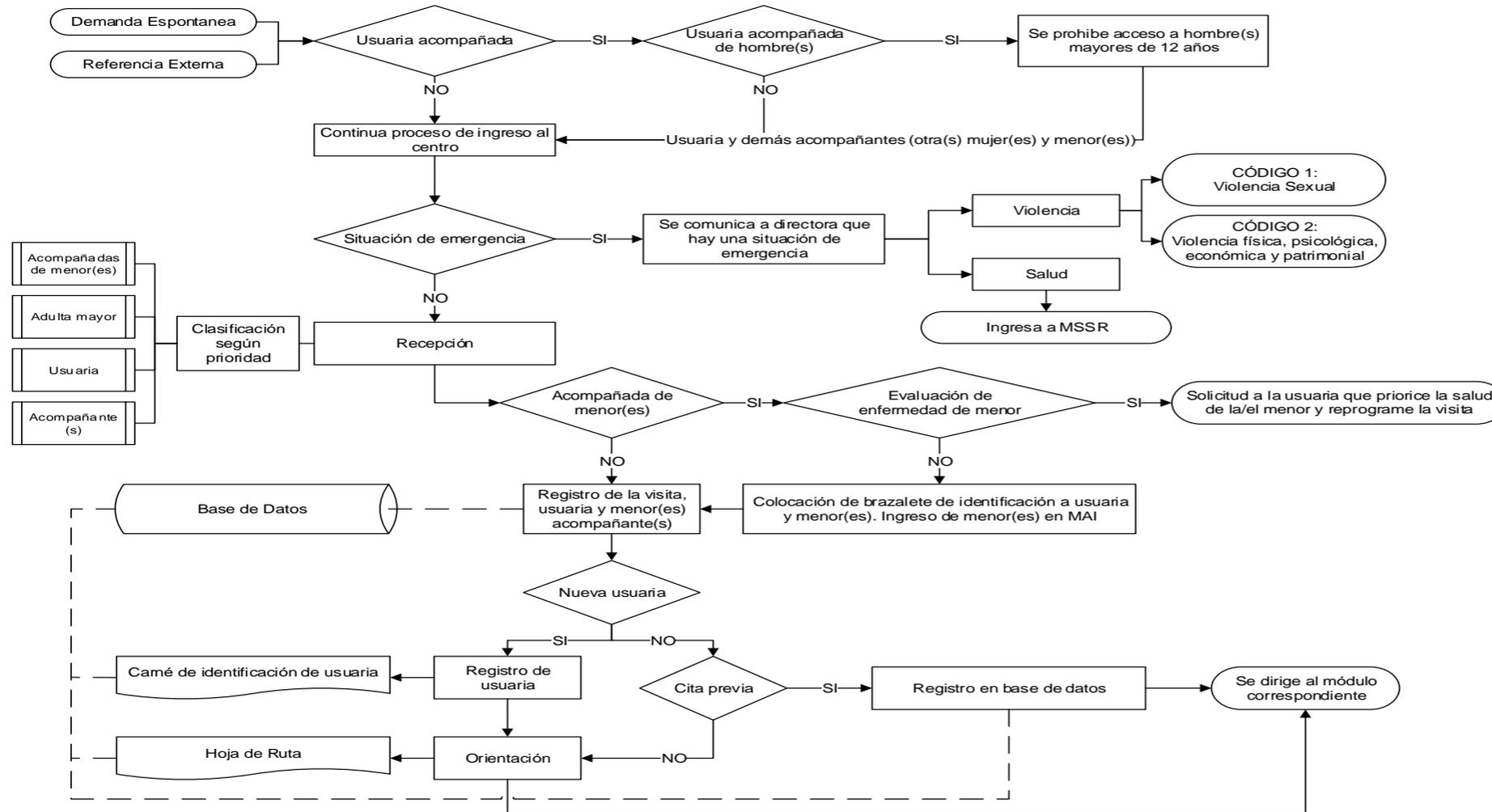
Cuando la usuaria con niñas y/o niños acompañantes ha recibido todos los servicios de atención en el CCM pasará al MAI a recoger a la(s) o el/los menor(es) acompañante(s). Posteriormente deberá reportarse en recepción para que procedan a retirarle el o los brazaletes identificativos, asegurando que va acompañada de todos los menores acompañantes y registren su salida del CCM.

La funcionaria de recepción deberá fijarse de manera adecuada si la usuaria lleva en sus brazos algún brazalete al momento de abandonar el CCM. Si no lleva brazalete la despide, agradeciéndole la visita. Pero si la observa con algún brazalete y no viene acompañada de tantos niños o niñas como brazaletes, no la dejará salir, pues ha olvidado al menos a alguno de tales niñas o niños. En este caso se dirigirá al escritorio de registro con la usuaria para saber cuántos niños o niñas la acompañaban. Se identificarán a los niños y niñas nuevamente, utilizando las fotografías que se les tomaron, y si faltare alguno se llamará a la sala de atención infantil para ubicarlos.

Si el número de brazaletes coincide con los niños y niñas que van acompañando a la usuaria al momento de salir, la funcionaria de recepción, con una tijera, cortará los brazaletes.

El personal de seguridad verificará que las mujeres que salen del CCM no llevan ningún brazalete. En caso de llevar algún brazalete, la usuaria deberá redirigirse a recepción.

5.2. FLUJOGRAMA



SIMBOLOGÍA

Símbolo	Nombre
	Evento
	Actividad
	Decisor
	Flujo de secuencia
	Flujo de mensaje
	Documento
	Proceso predefinido
	Inicio de referencia de página
	Final de referencia de página
	Base de datos
	Almacenamiento interno

Flujograma del Proceso de Atención Inicial Versión 3.0 - 14/12/2015

6. PERSONAL QUE INTEGRA EL MÓDULO DE ATENCIÓN INICIAL

Los servicios de recepción, registro y orientación requieren del siguiente personal.

Cuadro 1. Detalle de personal que integra el módulo

N°	PERSONAL
Servicio de recepción y registro	
6	Agentes de seguridad (2 con presencia permanente en turnos de 8 horas cada una/o).
2	Encargada de recepción y registro (2)
Servicio de orientación	
4	Orientadora (4)
12	TOTAL Recursos Humanos

Se recomienda que el personal del módulo de atención inicial, de preferencia las orientadoras, dominen aquellos idiomas originarios que sean utilizados en el área de influencia de cada CCM.

7. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

No aplica.

8. REQUERIMIENTOS E INSUMOS

Los costos de mantenimiento, así como los costos de operación son financiados directamente por la entidad coordinadora del programa de servicios integrados.

No se requieren aportes de las instituciones participantes.

El funcionamiento operativo de la recepción, registro y orientación de las usuarias requiere permanentemente:

1. Papelería básica
2. Brazaletes para identificación de niños y niñas
3. Carnés blancos para imprimir el carné de las usuarias

Con relación a las acompañantes, la administración del CCM debe coordinar con las entidades participantes la realización permanente de charlas sobre promoción de los servicios del CCM, empoderamiento, derechos de las mujeres e identificación de la violencia de género.

9. RIESGOS Y RECOMENDACIONES

9.1. TRANSFERENCIA EMOCIONAL A LAS ORIENTADORAS

Las orientadoras están sometidas a una exposición muy intensa de las experiencias vitales de las usuarias, y esa permanente exposición genera el riesgo de una transferencia emocional hacia ellas, que puede comprometerlas en términos de disminuir objetividad, normalizar la violencia (pérdida de la sensibilidad) o presentar burnout.

Se recomienda que cada 6 meses o un año, dependiendo de la disponibilidad de costos, el personal sea sometido a procesos de autocuidado para el tratamiento de las sobrecargas emocionales, utilizando metodologías apropiadas para el tipo de servicios que se brinda.

9.2. CAPACITACIÓN PERMANENTE A LAS ORIENTADORAS

Aunque la práctica profesional de las orientadoras les ha permitido desarrollar estrategias para identificar prácticas subyacentes de violencia, es importante que permanentemente estén en procesos de capacitación que les desarrollen las habilidades necesarias para identificar las experiencias de violencia de género, en cualquiera de sus manifestaciones, que no son expresadas por la usuaria.

9.3. HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS. EXPEDIENTE ELECTRÓNICO.

El éxito de un proceso de gestión integrada requiere de herramientas que automaticen procesos. En tal sentido el desarrollo del expediente electrónico es fundamental. Cada usuaria debe tener un expediente electrónico, y el acceso al mismo, por ocasión de los derechos de privacidad, debe ser fragmentado. Así, las operadoras de registro sólo deberán tener acceso a los datos de identidad y contacto de las usuarias. Las orientadoras, por su parte, deberían poder tener acceso pleno al expediente de las usuarias. Los diferentes módulos sólo deberían tener acceso a la porción del expediente que les es propia a los servicios que ofrecen.

10. MONITOREO Y EVALUACIÓN: INDICADORES

No se establecen indicadores para las labores de recepción, registro y orientación.

ANEXOS

ANEXO 1: DATOS DEL REGISTRO

Los datos que se deben registrar de cada usuaria son los siguientes:

1. Número del documento de identidad. Este número por ser único, debe ser el número o código que se asignará a la usuaria permanentemente para todos los trámites en el CCM.
2. Nombre y apellidos, según documento de identidad
3. Alias u otro dato por el cual sea conocida
4. Fecha de nacimiento
5. Estado civil
6. En caso de estar casada o vivir en unión libre nombre de la pareja.
7. Si tiene hijos, sus nombres completos y edades.
8. Nombre de otras personas que vivan en la misma casa.
9. Dirección de la casa, indicando especificaciones sobre cómo llegar ahí
10. Estado general de salud
11. Última visita al médico
12. Número de embarazos por edad
13. Escolaridad o nivel educativo
14. Origen étnico
15. Posibles discapacidades / capacidades especiales
16. Profesión u oficio
17. Lugar de empleo
18. Historial social y laboral
19. Teléfono en el empleo
20. Datos de contacto
21. Teléfono en la vivienda
22. Teléfono(s) celular(es)
23. Teléfono de alguna amiga o vecina.
24. Si alguna vez la pareja le ha prohibido salir de casa, hablar con personas de su entorno o si le ha agredido verbal o físicamente
25. ¿Qué disponibilidad de tiempo tiene para dedicarse a recibir capacitación, participar en charlas o talleres, etc.?
26. ¿Qué horarios serían de su conveniencia?
27. Fecha de registro y fecha de actualización de los datos (esto lo genera el sistema)

ANEXO 2: MODELO DEL CARNÉ DE LAS USUARIAS

<p>LOGO INSTITUCIONAL</p>
<p>Nombre de la usuaria</p> <p>Usuaría desde (Fecha de registro)</p> <p>Fecha de nacimiento</p>
<p>QR Code</p>

**ACTA NO. 1
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL**

DATOS GENERALES		
Lugar de Reunión:	Salón Salvador Moncada SCGG	Fecha y Hora de Reunión: 15 de diciembre 2016 10:15 a.m.
ASISTENTES		
Nombre	Cargo	Dependencia donde labora
Jorge Ramón Hernández	Secretario de Estado Representante del Presidente de la Republica, Presidente CDN	Secretaria de Coordinación General de Gobierno SCGG
Yolany Batres	Secretaria de Estado	Secretaria de Salud
Telma Ramos	Gestión Proyectos, Representante Vice Ministra	Secretaria de Seguridad
Carlos Madero	Secretario de Estado	Secretaria de Trabajo y Seguridad Social
Rocio Tabora	Sub Secretaria de Estado	Secretaria de Finanzas
Ana Aminta Madrid	Ministra Directora	INAM
Lolis María Salas	Directora Ejecutiva	DINAF
Cesar Antonio Pinto	Director Ejecutivo	INFOP
Gerardo Morataya	Asistente Ministro	Secretaria de Agricultura y Ganadería
Cinthia Bonilla	Representante Ministro	Secretaria de Desarrollo e Inclusión Social
Sandy Santos	Asistente Dirección General de Fiscales	Ministerio Publico
Rosa de Lourdes Paz H.	Directora Nacional Programa Ciudad Mujer – Secretaria Técnica CDN	
Además asistieron:		
Gabriel Brito Jacome	Asistente Sectorial	Secretaria de Coordinación General de Gobierno SCGG
Rosa Velásquez	Asistente Asuntos Sociales	Secretaria de Coordinación General de Gobierno SCGG
Danelia Torres	Asistente	Secretaria de Salud
Ligia Roque	Fiscal MAIE	Ministerio Publico
Lottie García	Sub Gerencia	Despacho de la Primera Dama
María José Laitano	Gerencia de Programas y Proyectos	Programa Ciudad Mujer
Marcela Laitano	Asistente Dirección Nacional	Programa Ciudad Mujer
Denia Pinto	Enlace SEDIS	Programa Ciudad Mujer
Propósito de la Reunión:	Primera Reunión del Consejo Directivo Nacional Programa Ciudad Mujer	

AGENDA PROPUESTA	DESARROLLO
Verificación del quorum por parte de la Secretaria Técnica	<p>Una vez que la Secretaria Técnica de Consejo informa a la Presidencia del Consejo que ha verificado el quorum de instalación, cumpliéndose con lo que señala el Manual Operativo del Programa (MOP) de contar con la presencia de al menos seis (6) instituciones participantes y prestadoras de servicios, entre las que deben participar de manera obligatoria la Presidencia de la República, SEDIS, SEFIN e INAM.</p> <p>El Ministro Hernández Alcerro ofrece sus palabras de bienvenida y da por abierta la primera reunión del CDN.</p>
Aprobación del orden del día propuesto	<p>Se inicia la sesión con la aprobación de la agenda propuesta, con un punto agregado a petición de la Presidencia, de un informe ejecutivo por parte de la Abogada Paz Haslam de avance del Programa Ciudad Mujer. En tal sentido, el orden del día de la reunión quedó aprobado en los términos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobación del orden del día propuesto 2. Ratificación del nombramiento de la Directora Nacional del Programa 3. Validación del Manual Operativo del Programa. 4. Proceso Integración del Sector Empresarial y de la Sociedad Civil como miembros del CDN 5. Validación de los Protocolos y Estrategia de Funcionamiento de los módulos de atención del Programa: <ol style="list-style-type: none"> a. Módulo de Atención Inicial b. Módulo de Autonomía Económica c. Módulo de Salud Sexual y Reproductiva d. Módulo de Atención a la Violencia contra la Mujer e. Módulo de Atención a las Adolescentes f. Módulo de Atención Infantil g. Estrategia Módulo de Educación Colectiva 6. Informe ejecutivo avance del Programa 7. Cierre de la sesión
Ratificación del nombramiento de la Directora Nacional del Programa	<p>Siguiendo el orden del día, el señor Presidente del Consejo somete a consideración y aprobación de los asistentes a la reunión la ratificación del nombramiento de la Abogada Paz Haslam como Directora Nacional del Programa Ciudad Mujer, quedando ratificada en su cargo por acuerdo unánime de los presentes.</p>
Validación del Manual Operativo del Programa - Proceso Integración del Sector Empresarial y de la Sociedad Civil como miembros del CDN	<p>La validación del Manual Operativo del Programa (MOP), se inicia con la discusión del proceso de integración del sector empresarial y sociedad civil como miembros del Consejo Directivo Nacional.</p> <p>En cuanto a la designación de los representantes del sector empresarial, el MOP propone que el COHEP designe los dos representantes y que el CDN tenga opción a vetar su designación. Después de una amplia discusión del tema, por unanimidad se aprueba la moción planteada por el Ministro Madero en el sentido</p>

de que se elimine la opción del veto del CDN y además que la juramentación sea efectuada por el Presidente del CDN.

En el caso del proceso de integración del sector sociedad civil: La Viceministra Tabora manifiesta que debe existir mayor claridad en cuanto a este proceso de selección, por lo que sugiere que se realice un reglamento o manual que describa el proceso a seguir y que no sea a través de una convocatoria pública, si no que sea manejado por una nota de parte de INAM a las ONG'S. El Presidente Hernández Alcerro recomienda que se atiendan las observaciones de la Viceministra Tabora y que las ONG's a las cuales se les extienda nota de invitación por parte de INAM, se encuentren debidamente inscritas o certificadas por la Unidad de Registro y Seguimiento de Asociaciones Civiles URSAC de la Secretaria de Derechos Humanos, Justicia, Gobernación y Descentralización, asimismo que se compruebe que hayan rendidos informes y realizados auditorias de conformidad. Que el manual o reglamento de elección establezca claramente el proceso para la recepción de las nominaciones y el de la elección entre las y los nominados, mismo que puede ser a través de un Comité ad-hoc, la Dirección Nacional o el mismo CDN.

Otro tema que fue ampliamente discutido fue el relativo a las funciones del Consejo Directivo Nacional, aprobándose con la recomendación efectuada por el Presidente de dicho Consejo en cuanto a que se cambie el orden de las mismas, quedando aprobadas de la manera siguiente:

- I. Aprobar y dar seguimiento a la Planificación Estratégica (PE) del Programa y sus respectivos planes operativos anuales (POAs);
- II. Aprobar la implementación de nuevos proyectos que sean estratégicos para el Programa
- III. Aprobar los presupuestos anuales en consistencia con el POA.
- IV. Aprobar la apertura de nuevos CCM, así como el establecimiento o modificación de la zona de influencia de cada centro, a propuesta de la Dirección Nacional;
- V. Acordar los lineamientos generales para el funcionamiento de CM tales como Convenios interinstitucionales, sistema de monitoreo y evaluación, financiamiento y alineación de normativas para que los protocolos de atención sean consistentes y operables, etc.;
- VI. Impulsar la elaboración de normativa legal, reglamentos o modificaciones de los ya existentes para reducir las barreras de acceso a los servicios por parte de las mujeres en CM y mejorar la continuidad de la calidad de los servicios fuera de CM;
- VII. Aprobar un informe anual de labores de CM;
- VIII. Supervisar el desempeño de la Directora Nacional del Programa y la implementación general del mismo, de acuerdo al cumplimiento de planes, actividades y resultados establecidos.

	<p>IX. Acordar estrategias para la sostenibilidad institucional y financiera del Programa.</p>
<p>Validación de los Protocolos y Estrategia de Funcionamiento de los Módulos de Atención del Programa</p> <p>a) Módulo de Atención Inicial b) Módulo de Autonomía Económica c) Módulo de Salud Sexual y Reproductiva d) Módulo de Atención a la Violencia contra la Mujer e) Módulo de Atención a las Adolescentes f) Módulo de Atención Infantil g) Estrategia Modulo de Educación Colectiva</p>	<p>En lo que concierne a la validación de los Protocolos y Estrategia de Funcionamiento:</p> <p>En el Módulo de Atención Inicial, la Abogada Lolis Salas señala que debe mejorarse la redacción en el flujograma de atención que enuncia que se prohíbe el acceso a los hombres mayores de 12 años, manifiesta que puede ser contraproducente el hecho de excluir a los hombres que acompañan a una mujer que toma la decisión de denunciar.</p> <p>La Directora Nacional del Programa explicó que, si hay un espacio destinado para los acompañantes de las mujeres que cuenta con las condiciones necesarias para la espera y que se encuentran en la entrada del centro, pero que por razones de seguridad y atendiendo la naturaleza y filosofía del Programa, no podrán ingresar a los módulos de atención.</p> <p>En cuanto a la revisión de las instituciones que participan en los diferentes módulos y sus funciones se realizaron las siguientes observaciones:</p> <p>Trabajar con el Instituto Nacional de la Juventud en el Módulo de Atención a Adolescentes MAA, con el Plan de Prevención de Embarazos en las jóvenes, el cual se encuentra en revisión por el consejo de alto nivel.</p> <p>Incluir en el Modulo de Autonomía Económica al INA y en el Módulo de Atención Infantil a DINAF.</p> <p>La Viceministra Tabora, sugiere que se brinde la atención en las áreas de referencia por todas las instituciones que estén vinculadas al tema.</p> <p>El Director Cesar Pinto manifiesta que en el caso de aquellas instituciones que están vinculadas en las atenciones y no se encuentran en el protocolo, se inviten al Consejo Directivo Nacional para apoyar las políticas a ser implementadas en estos servicios.</p> <p>El Presidente del Consejo Directivo es del parecer que si se podrían invitar, pero en el caso del Instituto Nacional de la Juventud es necesario ir más allá, no solo como observador, si no como un actor que integre el Módulo de Atención a Adolescentes por su responsabilidad en el tema; asimismo sugiere que se incluya en el Consejo Directivo Nacional al Instituto Nacional Agrario por el tema de falta de acceso de tierras en la zona rural por parte de las mujeres, ya que este tema se encuentra muy ligado a los problemas de pobreza.</p> <p>La Directora Nacional del Programa aclara que cualquier institución vinculada a las diferentes atenciones que contemplan los módulos, pueden ser incluidas como observadores en el CDN; sin embargo, atendiendo las recomendaciones planteadas, también pueden ser incluidos en los protocolos como actores principales en las prestaciones de servicios. Continuó explicando que es importante tener en cuenta que los protocolos son eminentemente revisables en la medida en que evolucione su implementación de acuerdo a las necesidades que se vayan presentando en los diferentes centros.</p> <p>Por otra parte, el Ministro Madero sugirió que también se eliminara de las</p>

	<p>funciones del CDN la aprobación de los Protocolos por ser un tema eminentemente operativo, por lo que proponía que los aprobara la Dirección Nacional y solo se informara al CDN. La Directora propuso que la aprobación se dejara como función del Comité Técnico Nacional, mismo que es presidido por la Dirección Nacional y lo integran los enlaces de todas las instituciones prestadoras de servicios, sugerencia que fue aprobada.</p> <p>La Abogada Sandy Santos, representante del MP en el uso de la palabra manifestó que producto de la revisión efectuada a los protocolos de atención de los diferentes módulos, de manera particular el Protocolo del MVCM en el cual tiene participación el Ministerio Público, consideran que es necesario realizar algunos ajustes para adecuarlo a la nueva normativa vigente en esa Institución, manifestando que el señor Director General de Fiscales solicita una cita con la Dirección Nacional del Programa para tales efectos. La Abogada Paz tomó debida nota de la solicitud del MP al tiempo que expresando su complacencia por la presencia de la representante del MP en la reunión del Consejo.</p>
Informe Ejecutivo del Avance Programa Ciudad Mujer	<p>La Dirección Nacional, informa sobre la construcción y equipamiento del Centro Ciudad Mujer Kennedy, el cual se encuentra muy avanzado teniendo como fecha probable para su apertura el mes de marzo del año 2017.</p> <p>Asimismo, el personal y las capacitaciones requeridas para la atención dentro del mismo estarán en tiempo para su apertura.</p> <p>Sin embargo informa que el único inconveniente que se tiene en cuanto a la entrega final del Centro es que DINAF aun cuenta con un centro de paso en las actuales instalaciones del Centro, donde se alojan temporalmente niños y niñas por diferentes circunstancias, por lo que pide el apoyo a todo el Consejo para que de alguna manera se resuelva esta situación, ya que los niños y niñas que ingresan a dicho Centro, podrían enfrentar una situación de vulneración de sus derechos y del principio del Interés Superior del Niño, derivada del proceso de construcción del CCM, además del retraso que implica para la entrega definitiva del proyecto. Continúa informando que se han estado realizando acciones tanto por la Dirección Nacional como por DINAF para solventar esa situación sin obtener respuesta alguna. La Abogada Salas apoya la solicitud de la Dirección Nacional e informa que DINAF tiene un espacio en el tercer piso del edificio adonde funciona esa Dirección, en el que se puede reubicar el centro de paso, pero que actualmente está siendo ocupado por la Comisión Liquidadora que preside el Abogado Felipe Morales y que a pesar de las diferentes gestiones realizadas por DINAF para utilizar esa parte del inmueble, no ha sido posible.</p> <p>El Ministro Hernández Alcerro solicita apoyo a la Viceministra Tabora para ubicar la comisión liquidadora en un espacio del antiguo local del anexo del Banco Central en Comayagüela. La Viceministra Tabora fue designada por el Presidente del CDN para darle seguimiento a la reubicación de la Comisión Liquidadora para solventar la situación del centro de paso ubicado en las instalaciones el Centro Ciudad Mujer de la Kennedy.</p> <p>La Abogada Paz Haslam también informó que la Dirección Nacional del Programa se encuentra ubicada en un bien inmueble administrado por la OABI que está</p>

	incluido dentro del proceso de subasta, por lo que ya fue notificada de su desalojo. En tal sentido, solicita analizar la posibilidad de obtener también un espacio en el antiguo edificio anexo del BCH, sugerencia apoyada por el Ministro Madero.
7. Cierre de la Sesión	Sin otro tema que tratar, el Presidente cerró la sesión de Consejo Directivo Nacional siendo las once de la mañana con cincuenta minutos.