

INFORME TÉCNICO:

Vigilancia ciudadana del embarazo adolescente, como componente de la Educación Sexual Integral (ESI) en los distritos de Huancavelica y Ascensión, 2025



SPOILER ALERT

Adolescentes piden Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas

CO-AUTORÍA:
KAREN DURAND MARRUJO
SILVIA BARDALES QUISPE



ESTUDIO PARA LA DEFENSA
DE LOS DERECHOS DE LA MUJER

Wayka.pe



con el apoyo de:



MADRE CORAJE



aecid



Financiado por
la Unión Europea

2. Resumen Ejecutivo

El embarazo adolescente en Huancavelica sigue siendo un problema grave de salud pública y de derechos humanos, que afecta sobre todo a adolescentes mujeres, indígenas y de zonas rurales. Aunque los nacimientos en madres adolescentes han bajado en los últimos años, esta reducción no significa que el problema esté resuelto, porque la respuesta de los sectores sigue siendo parcial y poco articulada, sobre todo cuando se analiza desde una mirada integral de la Educación sexual.

Objetivo y enfoque del estudio

El estudio busca mostrar cómo se está trabajando la prevención del embarazo adolescente, como componente de la Educación Sexual Integral (ESI) en los distritos de Huancavelica y Ascensión. Se desarrolla desde una vigilancia ciudadana feminista, es decir, una observación crítica y técnica de lo que hacen las instituciones, incorporando la voz de las y los adolescentes y de organizaciones de la sociedad civil.

La investigación usa un enfoque mixto: revisión de normas y documentos, una encuesta a 1 125 adolescentes de colegios públicos y privados, y 12 entrevistas a personas que trabajan en salud, educación, justicia y protección social. También se aplican métodos participativos para que adolescentes y colectivas locales contribuyan a interpretar la realidad y proponer cambios.

Principales resultados con adolescentes

La mayoría de adolescentes dice haber recibido algún tipo de ESI en la escuela, pero muchos no la reconocen como un proceso claro ni continuo. Los datos muestran que saben definir conceptos como ITS, pero casi la mitad no se siente realmente capaz de prevenirlas o de tomar decisiones informadas sobre su sexualidad.

La escuela es la principal fuente de información, mientras que la familia casi no habla del tema y el personal de salud es poco consultado. Además, el 64% nunca ha ido a un centro de salud por temas de salud sexual, principalmente por miedo, vergüenza o desconfianza, aun cuando quienes sí acuden califican la atención como buena.

Las y los adolescentes identifican fuertemente el estigma: perciben discriminación hacia las adolescentes embarazadas y casi no encuentran apoyo suficiente en salud mental. Sus principales pedidos son más ESI en la escuela, mejor acceso a anticonceptivos, más apoyo en casa y servicios de salud realmente amigables y confidenciales.

Principales resultados con operadores de atención.

Las personas que trabajan en salud, educación, justicia y protección dicen conocer las normas y hablar de ESI, pero en la práctica se concentran casi solo en embarazo, ITS y violencia sexual. Temas como

placer, afectividad, consentimiento, masculinidades y diversidad sexual casi no se abordan, o se tratan con miedo y prejuicios.

En salud existe oferta de consejería, métodos anticonceptivos y algunos consultorios amigables, pero no todos los establecimientos cumplen condiciones adecuadas y la mayoría de servicios se concentra en zonas urbanas. En educación, la ESI suele depender de horas de tutoría, con poco tiempo, recursos limitados y docentes sin formación especializada; justicia y protección actúan sobre todo después de que ocurre la violencia, no antes.

Se identifican barreras como falta de presupuesto, poca coordinación entre sectores, dificultades para llegar a zonas rurales, tabúes culturales y normas que exigen presencia adulta para atender a menores, lo que desanima a las y los adolescentes. También se observa que las adolescentes mujeres y las adolescentes indígenas enfrentan más obstáculos para acceder a información y servicios que los hombres y los no indígenas.

Brechas clave identificadas

El estudio muestra que existe una distancia grande entre lo que dicen las normas sobre ESI (enfoque de derechos, género e interculturalidad) y lo que realmente se hace en escuelas, centros de salud y otras instituciones. La prevención se ha centrado en controlar el embarazo y no en garantizar proyectos de vida y autonomía para las y los adolescentes.

Se evidencian tres brechas principales: una ESI más teórica que práctica; una atención que llega menos a adolescentes indígenas, rurales y LGBTIQ; y una fuerte carga sobre las adolescentes mujeres como únicas responsables de “cuidarse”. Además, la familia y la comunidad casi no participan en la prevención y, en muchos casos, reproducen estigmas y silencios que empeoran el problema.

Recomendaciones centrales

El informe propone fortalecer la ESI como política regional prioritaria, con un lineamiento que articule salud, educación, justicia y protección social. Plantea mejorar los servicios amigables, asegurar horarios y espacios adecuados para adolescentes, y garantizar confidencialidad real.

También recomienda formar a docentes y personal de salud en enfoques de derechos, género e interculturalidad; trabajar con familias y comunidades para reducir tabúes y violencias; y crear medidas específicas para adolescentes indígenas y LGBTIQ. Finalmente, sugiere institucionalizar la vigilancia ciudadana con participación adolescente, para monitorear de forma permanente el cumplimiento de la ESI y de los derechos sexuales y reproductivos.

2. Objetivo del proyecto

Generar evidencia informativa y técnica, desde un enfoque de vigilancia ciudadana, que visibilice la necesidad de implementar y fortalecer la Educación Sexual Integral desde una mirada interseccional, intercultural y de derechos, considerando que los esfuerzos realizados en los últimos 5 años en materia de prevención del embarazo adolescente tanto desde el sector público como desde organizaciones de la sociedad civil han contribuido a una reducción progresiva de los casos en la región Huancavelica. [\(Registro del Certificado de nacido vivo en Línea-MINSA\)](#)

Objetivos específicos:

- Recopilar y revisar información documental de los sectores de Salud y Educación en Huancavelica y Ascensión.
- Analizar los conocimientos, percepciones y necesidades de las y los adolescentes de los distritos de Huancavelica y Ascensión respecto a la educación sexual integral, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que influyen en la prevención del embarazo adolescente.
- Conocer el nivel de información, comprensión y aplicación de la Educación Sexual Integral (ESI) de Operadores/as de salud, justicia y servicios comunitarios de Huancavelica.

3. Introducción

La provincia de Huancavelica enfrenta desafíos críticos en salud sexual y reproductiva adolescente, donde el embarazo en adolescentes y, de manera especialmente alarmante, el embarazo en adolescentes menores de 14 años sigue siendo una prioridad regional que exige respuestas integrales, sostenidas y basadas en derechos. Si bien el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud muestra una reducción de nacimientos registrados en madres adolescentes (de 1 036 casos en 2021 a 810 en 2023), esta tendencia descendente resulta insuficiente para hablar de una mejora estructural, cuando persisten altos niveles de violencia sexual, brechas de acceso en zonas rurales y desigualdades marcadas para adolescentes indígenas y en situación de pobreza. La evidencia disponible indica que este descenso responde más a dinámicas demográficas y factores no gestionados por el Estado que a una política robusta de prevención primaria, articulada en torno a la Educación Sexual Integral (ESI).

En este contexto, la ESI se reconoce no solo como una estrategia técnica para prevenir el embarazo adolescente, sino como un derecho fundamental y una política pública clave a implementar para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, prevenir diversas formas de violencia y fortalecer trayectorias educativas y proyectos de vida dignos para las adolescencias. Sin embargo, la investigación muestra una brecha significativa entre el marco normativo que propone una ESI con

enfoque de género, de derechos e interculturalidad y su implementación real en escuelas, establecimientos de salud, servicios de justicia y programas de protección social. Operadores de distintos sectores conocen parcialmente las normas, pero tienden a reducir la ESI a información sobre riesgos (ITS, embarazo, violencia sexual), dejando de lado dimensiones afectivas, éticas, de placer, consentimiento y diversidad sexual que los estándares internacionales consideran indispensables para una educación sexual realmente integral.

Frente a esta tensión entre discurso y práctica, la vigilancia ciudadana feminista se vuelve una herramienta estratégica para auditar el cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de ESI y derechos sexuales y reproductivos. Desde la experiencia de colectivos y organizaciones de la sociedad civil, la vigilancia ciudadana no se limita a acompañar la gestión pública, sino que ejerce control social técnico y político, identificando omisiones, fragmentación sectorial, barreras de acceso y formas de violencia institucional que afectan de manera desproporcionada a adolescentes mujeres, indígenas, rurales y LGBTIQ. Este enfoque dialoga con experiencias regionales en América Latina, donde la veeduría social ha sido clave para mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y para obligar a los Estados a rendir cuentas sobre la implementación de la ESI.

La presente investigación se inscribe en el marco del proyecto “Vigilancia ciudadana del embarazo adolescente, como componente de la Educación Sexual Integral en los distritos de Huancavelica y Ascensión”, y tiene como propósito central analizar cómo se está implementando la ESI en la práctica, más allá de los indicadores de cobertura. Para ello, combina la revisión de marcos normativos y documentos de gestión, una encuesta aplicada a 1 125 adolescentes de instituciones educativas públicas y privadas, y un estudio cualitativo con 12 operadores y operadoras de los sectores salud, educación, justicia y protección social, complementado con metodologías participativas que incorporan la voz de adolescentes y colectivas locales. Este diseño permite evidenciar tanto el nivel de conocimiento conceptual y normativo sobre ESI como las metodologías, protocolos, barreras y buenas prácticas que configuran su aplicación cotidiana en Huancavelica y Ascensión.

Al priorizar una mirada interseccional, intercultural y de derechos, la investigación no solo examina el embarazo adolescente como resultado, sino que analiza la calidad, pertinencia y alcance de la ESI. De este modo, aporta evidencia técnica y contextualizada para fortalecer la toma de decisiones del gobierno regional y local, orientar estrategias de capacitación y articulación intersectorial, e institucionalizar la vigilancia ciudadana con participación activa de adolescentes como mecanismo permanente de monitoreo del cumplimiento de la ESI y de los derechos sexuales y reproductivos en Huancavelica.

4. Justificación del proyecto

La provincia de Huancavelica enfrenta desafíos críticos en salud sexual y reproductiva adolescente, siendo el embarazo adolescente y de manera especialmente alarmante, el embarazo en adolescentes menores de 14 años una prioridad regional que exige respuestas integrales y sostenidas, más allá del enfoque biomédico tradicional. Esta problemática constituye no solo un problema de salud pública, sino también una grave vulneración de derechos humanos, que afecta de manera desproporcionada a adolescentes mujeres que viven en contextos de pobreza, ruralidad, pertenencia indígena y desigualdades de género.

Antes del año 2021, Huancavelica se ubica de manera persistente entre las regiones con mayor porcentaje de embarazo adolescente del país, superando el promedio nacional. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2022,), alrededor del 16 % de adolescentes entre 15 y 19 años habían estado embarazadas o eran madres, y cada año se reportaban casos de embarazo en adolescentes menores de 14 años, muchos de ellos vinculados a violencia sexual. Estas cifras evidencian brechas estructurales en el acceso a información, educación sexual, protección y servicios de salud oportunos y culturalmente pertinentes.

En este contexto, la Educación Sexual Integral (ESI) se reconoce como un derecho fundamental y una estrategia preventiva basada en evidencia, clave para la prevención del embarazo adolescente, la prevención de violencias y el fortalecimiento de trayectorias educativas y proyectos de vida dignos. Sin embargo, su efectividad depende directamente del nivel de implementación de los actores y operadores involucrados, en territorios con alta diversidad cultural y lingüística.

Si bien en los últimos cinco años se han desarrollado esfuerzos importantes desde el Estado y las organizaciones de la sociedad civil que han contribuido a una reducción progresiva de los casos de embarazo adolescente en la región, estos avances no han sido suficientes ni homogéneos. Persisten debilidades en la implementación de la ESI como política pública, brechas en la articulación intersectorial y resistencias socioculturales que limitan su impacto real en la vida de las y los adolescentes.

Frente a esta realidad, el proyecto “Vigilancia ciudadana del embarazo adolescente, como componente de la Educación Sexual Integral en los distritos de Huancavelica y Ascensión” se justifica en la necesidad de generar evidencia informativa y técnica, desde un enfoque de vigilancia ciudadana, que permita analizar cómo se están implementando las acciones para la prevención del embarazo adolescente y la ESI en el territorio.

El proyecto prioriza una mirada situada, intercultural y de derechos, que incorpora las voces de las y los adolescentes históricamente excluidos de la toma de decisiones y la experiencia directa de

operadores y operadoras de los sectores clave. A diferencia de estudios centrados únicamente en indicadores de cobertura, esta iniciativa busca comprender las prácticas cotidianas, barreras institucionales y resistencias socioculturales que condicionan la aplicación efectiva de la ESI.

De este modo, la vigilancia ciudadana se convierte en una herramienta estratégica para fortalecer la toma de decisiones del Gobierno Regional, mejorar la calidad de las intervenciones públicas y consolidar la Educación Sexual Integral como una política pública regional, fundamental para la prevención del embarazo adolescente, la garantía de derechos y el desarrollo integral de las adolescencias en Huancavelica y Ascensión.

5. Marco conceptual y normativo

5.1 Marco conceptual

Vigilancia Ciudadana: Es un mecanismo de participación democrática, en el cual la ciudadanía observa, monitorea y evalúa de manera sistemática la gestión pública para asegurar que sea eficiente, transparente y responda a los intereses de la población. Se basa en el derecho de las personas a controlar la actuación de las autoridades y exigir rendición de cuentas sobre el uso de recursos y el cumplimiento de compromisos estatales. ([Propuesta ciudadana-2011](#))

Vigilancia Ciudadana Feminista: es una forma especializada de control social que incorpora el enfoque de género y los derechos de las mujeres para analizar cómo las políticas públicas afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres, identificando desigualdades, violencias y omisiones estatales que perjudican especialmente a las mujeres y diversidades sexuales. Este enfoque cuestiona las estructuras de poder patriarcales y busca transformar la gestión pública para que garantice el ejercicio pleno de los derechos humanos de todas las personas, con énfasis en quienes históricamente han sido excluidas. ([ONU MUJERES-2015](#))

Derechos sexuales y reproductivos: Derechos humanos reconocidos internacionalmente garantizan libertad de decidir sobre la propia sexualidad y reproducción, incluyendo acceso a información, servicios de salud y vida libre de violencia. ([Organización Mundial de la Salud-OMS-2006](#))

Embarazo adolescente: Gestación que ocurre en personas de 10 a 19 años, y que constituye una situación de riesgo social y de salud, asociada a desigualdades de género, barreras en el acceso a la educación sexual integral y a servicios de salud, y a la vulneración de derechos. ([OMS/Organización Panamericana de la Salud OP-2024](#))

Educación Sexual Integral (ESI): Proceso educativo sistemático basado en derechos humanos y evidencia científica que aborda aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la

sexualidad, a lo largo del curso de vida; promoviendo conocimientos, habilidades, actitudes y valores para relaciones saludables. ([UNESCO-2014](#))

Enfoque de derechos: Marco conceptual que reconoce a las personas como titulares de derechos (no beneficiarios de caridad) y al Estado como garante obligado, promoviendo participación, no discriminación y rendición de cuentas. ([UNESCO y MINEDU- 2020](#))

Enfoque de género: Perspectiva analítica que examina cómo las construcciones sociales de masculinidad y feminidad generan relaciones de poder asimétricas, orientando acciones para transformar inequidades y promover igualdad sustantiva. ([Defensoría del Perú y Cuso Internacional](#))-2015

Enfoque intercultural: Marco que reconoce, respeta y valora la diversidad cultural, promoviendo diálogo horizontal entre diferentes cosmovisiones, prácticas y conocimientos, imposición de modelos hegemónicos ni relativismo cultural que justifique violaciones de derechos. ([Defensoría del Perú y Cuso Internacional](#))-2015

Salud sexual y reproductiva: Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con sexualidad y reproducción, que requiere acceso a información, servicios de salud, autonomía para decidir y relaciones libres de violencia. ([OMS-2006](#))

5.2 Marco normativo: Normativa nacional (MINSa, MINEDU, MIMP, etc.)

Sector Salud

1. Norma Técnica de Salud N.º 157-MINSA/2019.

Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes

- Es la norma central para la atención a adolescentes en el sistema de salud.
- Establece la atención integral con enfoque de derechos, género y curso de vida.
- Incluye obligatoriamente:
 - Consejería en salud sexual y reproductiva
 - Prevención del embarazo adolescente
 - Prevención de ITS/VIH
 - Confidencialidad y consentimiento informado
 - Atender de forma inmediata y gratuita a las y los adolescentes que requieran servicios de salud, incluso cuando acuden sin la presencia de padres o apoderados.
 - Define paquetes de atención diferenciados (básico, completo y especializado).

2. Norma Técnica de Salud N.º201-MINSA-2023

Norma Técnica para la Mejora de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud.

- Establece estándares de calidad en la atención de salud.
- Incorpora principios de trato digno, confidencialidad y pertinencia cultural.
- Complementa la NT 157 asegurando atención adecuada a adolescentes.
- La norma técnica N.º**201** de estándares de calidad, sirve para evaluar si un establecimiento de salud cumple criterios de atención integral de adolescentes, no reemplaza ni deroga las normas de atención directa NT 157 que explican *cómo* debe ser la atención cuando un adolescente acude a un establecimiento.

3. Norma Técnica de Salud N°164- MINSA 2020. Para la Atención Integral frente a la Violencia Sexual.

- Regula la atención integral a víctimas de violencia sexual.
- Incluye atención médica, psicológica, anticoncepción oral de emergencia y articulación intersectorial.
- Es clave para casos de embarazo en menores de 14 años.

Sector Educación

1. Currículo Nacional de la Educación Básica (MINEDU)

- Reconoce la ESI de forma transversal.
- Incorpora enfoques:
 - Enfoque de derechos
 - Igualdad de género
 - Interculturalidad
- Incluye contenidos sobre:
 - Cuerpo, sexualidad, autocuidado
 - Prevención de violencia y embarazo adolescente
 - Toma de decisiones informada

2. Resolución Viceministerial N.º 212-2020-MINEDU

Lineamientos para la Tutoría y Orientación Educativa

- Establece la tutoría como estrategia clave para el desarrollo integral.
- Define cuatro líneas:

- Formativa
- Preventiva
- Promocional
- Atención
- Incluye temas de salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo adolescente.
- Promueve la participación estudiantil.

3. Lineamientos de Convivencia Escolar y Prevención de la Violencia (MINEDU)

- Orientados a prevenir violencia sexual, acoso y discriminación.
- Vinculan ESI con protección y bienestar estudiantil.
- Activan rutas de atención y derivación.

4. Resolución Viceministerial N°169-2021-MINEDU

"Lineamientos de Educación Sexual Integral (ESI)

- Implementar una ESI oportuna, pertinente y de calidad, tanto en escuelas públicas como privadas.
- Promueve el desarrollo personal, la igualdad de género, el autocuidado, la salud y la prevención de la violencia,
- Se fundamenta en el enfoque de derechos y desarrollo humano.

Sector Justicia y Protección.

1. Ley N°30364

Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar

- Marco central para la atención de violencia sexual y familiar.
- Se aplica en casos de embarazo adolescente por violencia sexual.
- Enfocada principalmente en atención y sanción, no en prevención vía ESI.

2. Código de los Niños y Adolescentes (Ley N.º 27337)

- Reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos.
- Establece deberes de protección del Estado, familia y sociedad.
- Reconoce el derecho a la salud y al desarrollo integral.
- Reconoce el **principio de autonomía progresiva**, que implica que las decisiones en salud

deben considerar la edad, madurez y capacidad de comprensión del o la adolescente.

- Sustenta la intervención de DEMUNA y juzgados de familia.

6. Actores y colectivas implementadoras

Wikikausari.-es una organización juvenil conformada por activistas y voluntarias que diseñan e implementan proyectos sociales, culturales y ambientales en la región. Se ha registrado en junio de 2024 en el Registro Nacional de Organizaciones Juveniles (RENOJ) con la CONSTANCIA N° 00107-2024-MINEDU/DM-SENAJU y actualizada con CONSTANCIA N° 00107-2024-MINEDU/DM-SENAJU.

Colectivo Igualdad. - es una organización social o agrupación local en la región de Huancavelica, Perú, enfocada en la promoción de derechos, la igualdad de género y la lucha contra la violencia. Representado por figuras como Feliciano Quispe Taípe, el colectivo trabaja en la elaboración de políticas públicas de igualdad de género y la erradicación de la violencia hacia la mujer.

Ambas colectivas implementaron esta vigilancia ciudadana en el marco del proyecto Movilízate, Artícúlate y Partícipala (MAP) gestionado por APRODEH, DEMUS, Wayka y diversas organizaciones nacionales, regionales y locales.

Aspectos clave:

Enfoque: Activismo social enfocado en la igualdad de género y la "Violencia Cero".

Actividades: Participan en espacios de diálogo, medios de comunicación locales y el seguimiento de políticas públicas.

Contexto: Operan en la región de Huancavelica, una zona que presenta retos importantes respecto a las brechas de género en el Perú.

7. Enfoque metodológico

Metodología y técnicas de investigación

El presente estudio adopta un enfoque metodológico mixto, que articula estrategias cuantitativas, cualitativas y de vigilancia ciudadana, permitiendo una comprensión integral, situada y participativa de la realidad estudiada en el marco de la Educación Sexual Integral (ESI).

1. Enfoque cuantitativo

Se emplearán encuestas estructuradas dirigidas a la población objetivo, con el fin de recoger información medible sobre conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas vinculadas a la ESI, y prevención del embarazo adolescente. Este enfoque permitirá identificar tendencias generales, brechas y patrones relevantes, aportando evidencia empírica para el análisis.

2. Enfoque cualitativo

Se utilizarán técnicas cualitativas que posibilitan una comprensión profunda de las experiencias, significados y contextos socioculturales que atraviesan la vivencia de la sexualidad y el acceso a la ESI, tales como:

- **Entrevistas a profundidad**, orientadas a recoger relatos, trayectorias y percepciones de actores clave.
- **Grupos focales**, que facilitan el diálogo colectivo, el contraste de opiniones y la construcción compartida de sentidos.
- **Revisión documental**, para el análisis de marcos normativos, políticas públicas, informes institucionales y estudios previos relevantes.

3. Metodologías participativas (IAP) y vigilancia ciudadana aplicada a la ESI”, como enfoque complementario.

De manera complementaria, el estudio incorpora un enfoque de metodologías participativas, inspirado en la Investigación- Acción Participativa (IAP- [CEPAL-2002](#)) y en las experiencias de participación ciudadana en investigación social. Estas metodologías buscan que las personas y colectivos implicados en una problemática participen activamente en la definición de los problemas, la generación y el análisis de la información, así como en la elaboración de propuestas de cambio, reconociéndoles como sujetos de saber y no solo como fuentes de datos.

En este marco, se adopta la vigilancia ciudadana como estrategia metodológica específica, entendida como un mecanismo de participación mediante el cual la ciudadanía monitorea y evalúa la gestión pública, para contribuir a que sea más transparente, eficiente y respetuosa de los derechos. En el campo de la Educación Sexual Integral, la vigilancia ciudadana permite documentar de manera sistemática el cumplimiento de las normas y políticas de ESI, identificar brechas entre el discurso normativo y las prácticas reales, y generar evidencia situada para la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.

Esta elección metodológica resulta especialmente pertinente para una investigación en ESI con enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad, porque favorece la producción de conocimiento contextualizado, socialmente relevante y orientado a la transformación de las relaciones de poder que atraviesan la sexualidad, el cuerpo y la ciudadanía de las y los adolescentes.

8. Solicitud de información pública.

8.1 Instituciones a las que se solicitó información

- Salud: DIRESA, Red de Salud, Hospital Regional de Huancavelica, Centro de Salud Santa Ana, Centro de Salud San Cristóbal y Centro de Salud Ascensión.
- Educación: Dirección Regional de Educación de Huancavelica, Unidad de Gestión de Educación Local
- Otras instituciones: Coordinación Territorial del Programa Nacional Aurora del MIMP Huancavelica

8.2 Respuesta Institucional

CUADRO N° 1 Resumen de solicitudes presentadas a Instituciones y Respuestas.

Institución	Fecha	Dato solicitado	Respuesta
Red de Salud de Huancavelica	29/04/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Excel de datos hasta junio 2025 Fecha de respuesta: 24 jul 2025
Unidad de Gestión de Educación Local Huancavelica (UGEL)	29/04/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	No autorizó entrevista

Dirección Regional de Educación de Huancavelica (DREH)	11/04/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Sin respuesta
Dirección Regional de Salud de Huancavelica	29/04/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Sin respuesta
Hospital Departamental de Huancavelica	29/04/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Informe de convenios entre instituciones y el ejercicio de sus labores.
Centro de Salud de Ascensión Huancavelica	08/05/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Sin respuesta
Centro de Salud de San Cristobal Huancavelica	30/04/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Coordinación sin logro
Centro de Salud de Santa Ana Huancavelica	08/05/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Coordinación sin logro

Coordinación Territorial del Programa Nacional Aurora del MIMP Huancavelica	07/05/2025	Solicito información documentada de los servicios y programas de atención que brindan a las y los adolescentes, para la prevención del embarazo adolescente no deseado.	Sin respuesta
---	------------	---	---------------

Fuente: Elaboración Propia según oficios y respuestas contestadas.

8.3 Uso de la información.

Toda la información recabada durante el proceso de investigación se utilizó de manera referencial para el análisis de brechas y la formulación de las recomendaciones finales del informe. Dado el acceso diferenciado a la información por parte de las entidades, como se evidencia en el cuadro N°1.

En el Perú, la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, establece que toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier entidad de la Administración Pública, sin que sea necesario expresar causa ni fundamentar la petición para el ejercicio de este derecho. Este derecho constituye un mecanismo fundamental para la vigilancia y el control ciudadano sobre la gestión pública, y su cumplimiento recae en las entidades del Estado, las cuales tienen la obligación de proveer la información requerida y de designar al funcionario responsable para tal efecto.

El Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley N° 27806, aprobado mediante Decreto Supremo N° 021-2019-JUS, dispone que las entidades de la Administración Pública deben atender las solicitudes de acceso a la información en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, contados desde el día siguiente de la recepción de la solicitud, para entregar la información pública o denegarla motivadamente. Asimismo, se establece que, en la práctica de esta prerrogativa, **no se puede exigir al solicitante ningún tipo de requisito adicional ni condicionante previo para la obtención de la información**, ni tampoco requerir reuniones y entrevistas personales como condición de atención del pedido.

No obstante, lo dispuesto en el marco normativo, algunas de las entidades consultadas no respondieron oportunamente, no dieron facilidades para la obtención de la información o establecieron barreras para su entrega. El incumplimiento de los plazos establecidos y la omisión del deber de reserva, organización y entrega de la información constituyen conductas que pueden acarrear responsabilidades administrativas para los funcionarios y servidores públicos, conforme al régimen sancionador del TUO de la Ley N° 27806 y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N° 025-2024-JUS.

Por consiguiente, la investigación recurrió a las fuentes disponibles y a los datos remitidos por aquellas entidades que sí cumplieron con su obligación de transparencia. En este sentido, el uso referencial de la información responde a la disponibilidad real, al contexto de atención diferenciada de las solicitudes y a las limitaciones impuestas por un acceso parcial a los registros públicos de interés para el estudio sobre ESI, situación que en sí misma constituye un hallazgo sobre el estado de cumplimiento de la normativa de transparencia y acceso a la información en el sector.

Anexos:

- Imágenes de cargos: [Cargos de recepción de documentos de permiso](#)
- Oficios enviados y recibidos: [Documentos recibidos](#)

9. Encuesta a Adolescentes

9.1 Diseño de la encuesta

Objetivo de la encuesta

La encuesta a adolescentes tuvo como objetivo analizar los conocimientos, percepciones, experiencias y necesidades de las y los adolescentes de los distritos de Huancavelica y Ascensión respecto a la Educación Sexual Integral (ESI), el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y los factores sociales, culturales y de género que influyen en la prevención del embarazo adolescente. Este instrumento se diseñó desde un enfoque feminista, intercultural y de derechos humanos, en coherencia con el marco del programa de vigilancia ciudadana feminista.

Temas abordados

La encuesta abordó los siguientes ejes temáticos:

- Caracterización sociodemográfica (edad, género, grado, tipo de institución educativa, idioma y pertenencia a comunidad indígena).
- Acceso y experiencias en Educación Sexual Integral (ESI).
- Fuentes de información sobre sexualidad.
- Conocimientos básicos en salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos, ITS/VIH).
- Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Percepción de la calidad de la atención en salud.
- Barreras emocionales, culturales y sociales para el acceso a información y servicios.
- Percepciones sobre el embarazo adolescente como problemática social.
- Demandas, propuestas y prioridades expresadas por las y los adolescentes para la prevención del embarazo adolescente.

El diseño del instrumento priorizó un lenguaje claro, respetuoso y adecuado a la edad de las y los participantes, incorporando preguntas cerradas y algunas abiertas para recoger percepciones y propuestas desde la voz adolescente.

9.2 Aplicación de la encuesta

Fecha de aplicación

La encuesta fue aplicada durante el periodo de implementación del programa de vigilancia ciudadana feminista, en el mes de abril del año 2025, en coordinación con instituciones educativas y actores locales.

Número de adolescentes encuestados

Se aplicó la encuesta a un total de **1,125 adolescentes**, mujeres y hombres, pertenecientes a instituciones educativas públicas y privadas.

Lugar de aplicación

La aplicación se realizó en los distritos de Huancavelica y Ascensión, en 10 espacios educativos previamente coordinados con las autoridades correspondientes, garantizando condiciones adecuadas de privacidad y confidencialidad.

Consentimientos y consideraciones éticas

La aplicación de la encuesta se realizó respetando principios éticos fundamentales:

- Se informó previamente a las y los adolescentes sobre el objetivo de la encuesta y el uso de la información recolectada.
- La participación fue voluntaria y anónima.
- No se solicitó información que permitiera identificar a las personas encuestadas.
- Se aplicó el enfoque de no daño, evitando preguntas invasivas o revictimizantes.
- En los casos requeridos, se contó con la autorización institucional correspondiente para la aplicación del instrumento.

9. Encuesta a Adolescentes: Voces y realidades en Huancavelica y Ascensión

Este capítulo presenta la sistematización de la encuesta aplicada en el marco de nuestra vigilancia ciudadana. Los datos aquí expuestos no son solo números; representan las vivencias, dudas y demandas de una generación que busca ejercer sus derechos sexuales y reproductivos en un contexto andino e intercultural.

9.2 Aplicación

- **Consentimiento Informado:** El proceso respetó estrictamente los principios éticos de investigación con adolescentes. La participación fue voluntaria, anónima y bajo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad y el enfoque de no daño para evitar cualquier tipo de revictimización o malestar.

9.3 Resultados

A continuación, desglosamos los hallazgos más relevantes, integrando análisis de género e interculturalidad.

9.3.1 Perfil de quienes participaron

La muestra refleja la diversidad del territorio:

- **Ámbito Educativo:** El 62.8% proviene de colegios públicos, mientras que el 37.2% asiste a privados.
- **Edad y Grado:** La mayoría cursa los últimos años de secundaria (4to y 5to grado suman el 76.5%), con una edad predominante de 15 y 16 años (69.6%), etapa crítica para la toma de decisiones reproductivas.
- **Identidad de Género:** Hubo una participación mayoritaria femenina (67.4%), frente a un 30.1% masculina. Un 2.4% se identificó con otro género o prefirió no decirlo.
- **Pertenencia Cultural:** El 11.3% se autoidentifica como parte de una comunidad indígena. Aunque el 90.2% habla principalmente español, un 8.7% es bilingüe (español y quechua), lo que subraya la necesidad de servicios culturalmente pertinentes.

9.3.2 Acceso a la Educación Sexual Integral (ESI): Cobertura vs. Realidad Intercultural

Uno de los hallazgos más potentes es la cobertura de la ESI. El 82.0% de adolescentes reporta haberla recibido en su colegio. Sin embargo, al realizar el cruce de variables, encontramos desigualdades latentes.

Cruce: Recepción de ESI por Género y Pertenencia Indígena La ESI no llega igual a todos. Al desagregar los datos, observamos:

- **Mujeres no indígenas:** Representan el grupo mayoritario que recibe ESI (48.7% del total).
- **Mujeres indígenas:** Solo el 7.3% del total reporta haber recibido ESI.
- **Varones:** El 21.9% de varones no indígenas accedió a ESI, frente a un reducido 2.6% de varones indígenas.

Esto nos alerta sobre una posible brecha en la implementación: las adolescencias indígenas reportan menor acceso proporcional, sugiriendo que la ESI podría no estar siendo adaptada lingüística o culturalmente en sus comunidades. Además, un 8.8% de estudiantes "no está seguro" de haber recibido ESI, lo que indica que las intervenciones pueden ser tan esporádicas o fragmentadas que no se reconocen como un proceso educativo.

9.3.3 De la teoría a la práctica: la brecha de competencia

Saber "qué es" no es lo mismo que saber "qué hacer". Los resultados muestran una desconexión crítica entre la información teórica y la capacidad de agencia:

- **Conocimiento teórico:** El 78.6% sabe definir qué son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- **Competencia práctica:** Solo el 53.1% afirma saber cómo prevenir estas infecciones. Un preocupante 29.6% conoce "un poco" y un 17.3% admite no saber nada o casi nada sobre prevención real.

La educación actual es informativa (biologicista) pero no formativa (habilidades para la vida). Casi la mitad del estudiantado no se siente competente para cuidarse, a pesar de las charlas recibidas.

9.3.4 Fuentes de información: el rol central de la escuela

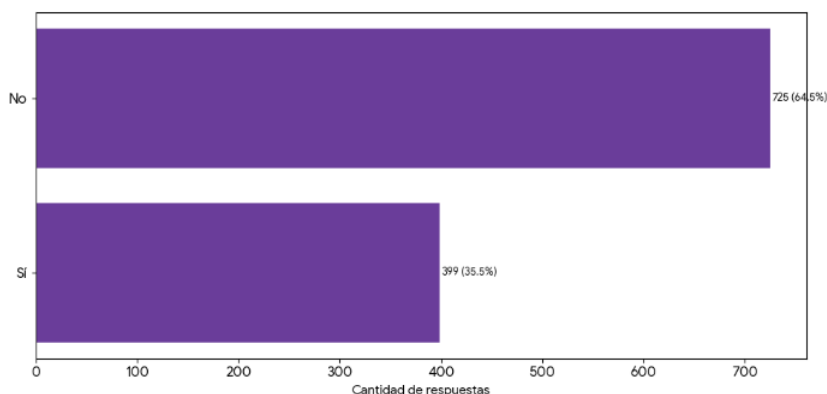
Ante la pregunta de *dónde* aprenden, la escuela se mantiene como el pilar fundamental, pero no actúa sola:

- **Escuela/colegio:** Es la fuente única para el 27.0% y aparece en más del 60% de las respuestas combinadas.
- **Familia:** Solo el 12.2% aprende exclusivamente en casa. Esto sugiere que el hogar sigue siendo un espacio marcado por tabúes y silencios sobre sexualidad.
- **Internet y Redes Sociales:** Un 7.8% se informa exclusivamente por medios digitales. Es una fuente de autonomía, pero también de riesgo por desinformación.
- **Personal de Salud:** Es la fuente menos consultada de forma exclusiva (8.1%), lo que evidencia una desconexión entre el sistema sanitario y la vida cotidiana adolescente.

9.3.5 Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva

Aquí encontramos la barrera más alarmante para la prevención del embarazo y el cuidado de la salud. El 64.4% de las y los adolescentes NUNCA ha acudido a un centro de salud por temas de salud sexual. Solo el 35.5% ha logrado acceder a estos servicios.

Gráfica 1: ¿Alguna vez has acudido a un centro de salud para recibir información o servicios sobre salud sexual?



Fuente: Encuesta a adolescentes en Huancavelica y Ascensión, 2025

Gráfica 2: Si alguna vez quisiste acudir a un centro de salud por temas de salud sexual, pero no lo hiciste, ¿qué te lo impidió?



Fuente: Encuesta a adolescentes en Huancavelica y Asunción, 2025

Cruce: Asistencia a salud por género y etnicidad

- **Brecha de Género:** Las mujeres acuden más (25.5% del total de la muestra asistió) en comparación con los varones (8.7%). Esto refuerza la idea de que la salud reproductiva se sigue viendo como una responsabilidad "femenina".
- **Brecha Étnica:** Entre quienes sí acudieron, la proporción de adolescentes indígenas es significativamente menor (representan una minoría dentro del 35% que accede), evidenciando barreras culturales y territoriales.

Calidad y barreras: Quienes logran acceder, mayoritariamente califican la atención como buena o muy buena (73.8%). El problema no es siempre la calidad técnica, sino llegar al servicio. Las principales barreras para NO ir son:

1. Falta de información sobre dónde acudir (24.4%).
2. Miedo o vergüenza (20.4%): El estigma social pesa más que la necesidad de salud.
3. Desconfianza en los profesionales (18.0%).

9.3.6 Percepciones sobre el entorno y discriminación.

La vigilancia ciudadana también mide el clima social:

- **Discriminación:** Un 31.4% afirma que cuando una adolescente sale embarazada, es discriminada por su comunidad. El juicio social actúa como un mecanismo de control que disuade la búsqueda de ayuda.
- **Salud Mental:** Solo el 23.5% siente que existen servicios de salud mental suficientes. La gran mayoría (75%) cree que no hay servicios o no está segura, dejando a las adolescentes desprotegidas emocionalmente ante un embarazo o violencia.
- **Igualdad de Género:** La opinión está dividida. Un 46.3% percibe que hombres y mujeres NO reciben el mismo apoyo e información, señalando una persistencia de estereotipos machistas en la educación y el trato.

9.3.7 ¿Qué piden las y los adolescentes?

Al preguntarles qué ayudaría a prevenir el embarazo adolescente, sus respuestas reflejan una visión integral. No piden una sola cosa; demandan un ecosistema de apoyo:

1. **Más Educación Sexual Integral en las escuelas:** Aparece en más del 50% de las respuestas combinadas. Es la demanda número uno.
2. **Apoyo en casa:** La combinación de "Educación + Apoyo en casa + Programas comunitarios" es altamente valorada (12.2%), reconociendo que la escuela no basta si la familia no acompaña.
3. **Acceso a anticonceptivos:** Se reconoce explícitamente como una necesidad, rompiendo el mito de que no les interesa la protección.

Análisis interpretativo

Los resultados de esta encuesta nos ofrecen una radiografía clara: existe una brecha de implementación entre el derecho a la ESI y su ejercicio real.

1. **La información sobre salud sexual y reproductiva es extensiva pero no intensiva:** Llegamos a muchos (82%), pero no profundizamos (baja competencia práctica). La educación

- sigue siendo teórica y no está dotando de herramientas de autonomía para la prevención real.
2. **Interseccionalidad de la exclusión:** Ser mujer, adolescente e indígena triplica las barreras. Los datos demuestran que las poblaciones indígenas acceden menos a información sobre derechos sexuales y reproductivos y a los servicios de salud, lo que nos obliga a repensar estrategias desde la interculturalidad y no desde un estándar único.
 3. **El miedo como barrera de salud pública:** Que el 64.5% no acuda a servicios de salud, y que el miedo/vergüenza sea una causa principal, nos dice que los servicios no son percibidos como espacios seguros ni confidenciales. La "mirada adulta" y el juicio social siguen cerrando las puertas de los consultorios.
 4. **La soledad en la prevención:** La escuela carga con casi toda la responsabilidad informativa. La familia y el sistema de salud aparecen como actores secundarios o distantes. Las y los adolescentes piden a gritos que estos actores se integren: quieren aprender en el colegio, pero necesitan ser respaldados en casa y atendidos con respeto en el centro de salud.

Acceso a información ampliada

Se incluye un código QR que permite acceder a los gráficos ampliados de las respuestas a cada pregunta de la encuesta, en base a la codificación con Jamovi, garantizando la transparencia y el uso responsable de la información.



QR: acceso a información ampliada

10. Entrevistas a Profundidad.

Las entrevistas a profundidad constituyen el núcleo cualitativo de la investigación, pues permiten comprender cómo se traducen los marcos normativos de la Educación Sexual Integral (ESI) en prácticas concretas de atención y prevención con adolescentes en Huancavelica. A través de 12 entrevistas semiestructuradas se identifican patrones de comprensión, resistencias, estrategias y brechas que no son visibles en los datos cuantitativos, pero que resultan fundamentales para explicar la distancia entre el discurso de derechos y la práctica cotidiana.

El estudio se desarrolla en un contexto marcado por altas tasas de embarazo adolescente, pobreza, ruralidad y desigualdades de género, donde la ESI se reconoce como un derecho fundamental y una estrategia clave de prevención. Sin embargo, la efectividad de esta política depende directamente del

nivel de comprensión, preparación y compromiso de los operadores y operadoras responsables de su implementación en los sectores salud, educación, justicia y protección social

10.1 Perfil de entrevistados/as.

El diseño cualitativo se sustenta en una muestra intencional de 12 personas operadores de atención, seleccionadas por su rol estratégico en la implementación de ESI y de políticas de prevención del embarazo adolescente. La muestra busca asegurar representación de los sectores salud, educación, justicia y protección social, así como diversidad de funciones atención directa, gestión, coordinación técnica.

Cuadro 2. Perfil de personas entrevistadas por sector

Sector	Número	Roles principales
Salud	4	Salud mental, salud sexual reproductiva, vida adolescente.
Educación	4	Especialista tutoría, especialista convivencia, director, docente tutor.
Justicia	2	Juzgado de familia, arela legal DEMUNA
Protección social	2	Área Psicológica DEMUNA, Programa Warmiñan.

Fuente: Elaboración propia con referencia de la Investigación sobre conocimiento y prácticas de ESI en operadores de atención. Huancavelica-2025.

10.2 Metodología (entrevistas cualitativas)

- **Tipo de entrevista:** se aplicaron entrevistas semiestructuradas en profundidad, organizadas en siete bloques (rol y contexto, acciones, metodologías, interculturalidad, diversidad sexual, ESI, coordinación e impactos), lo que permitió explorar tanto prácticas concretas como discursos y percepciones.
- **Número de entrevistas:** la muestra cualitativa estuvo conformada por 12 operadores/as (4 de salud, 4 de educación, 2 de justicia y 2 de protección social), seleccionados intencionalmente como “actores clave” en la prevención del embarazo adolescente.
- **Fecha:** las entrevistas se aplicaron los días 16, 17 y 18 de diciembre
- **Lugar:** se aplicó de forma presencial en Huancavelica (distrito) y Ascensión, en espacios institucionales de salud, educación, justicia y educación.

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas mediante codificación temática con apoyo de ATLAS.ti, complementada con matrices de Excel para garantizar trazabilidad y triangulación. La triangulación entre software cualitativo y matriz manual permitió asegurar la consistencia analítica, la trazabilidad

de las interpretaciones y la vinculación constante entre discurso de los operadores, marcos normativos y prácticas observadas.

Para el análisis se utilizó el software ATLAS.ti, que facilitó la organización de citas, la construcción de categorías y la identificación de patrones recurrentes, tales como “ESI reducida a anticonceptivos”, “barreras culturales”, “diversidad sexual invisibilizada” y “fragmentación normativa entre sectores”.

10.3 Hallazgos cualitativos

1. Fragmentación normativa e intersectorial sin articulación transversal:

Cada sector (educación, salud y justicia) opera con directivas, lineamientos y marcos propios que no dialogan entre sí, lo que genera visiones parciales y acciones desarticuladas de la ESI.

"Yo considero que a no solamente es un trabajo del sector educativo, sino es articulado... No tenemos mayor apoyo del gobierno regional o de la provincial... No tenemos todavía un lineamiento regional sobre la educación sexual integral". (Fuente entrevista N°12)

"No se trabajan ciertamente protocolos, pero sí directivas, lineamientos que cada sector tiene" (Fuente Entrevistas N°3)

2. Comprensión Conceptual de ESI:

ESI = Anticoncepción, ESI = Prevención de Embarazo, Múltiples actores confunden ESI con entrega de métodos anticonceptivos y enmarcan la ESI exclusivamente como estrategia contra el embarazo adolescente, omitiendo dimensiones afectivas, éticas y de derechos.

"realizar estrategias para poder prevenir el embarazo no deseado" (Fuente Entrevistas N°9)

"Lo que más se aborda pues es fundamentalmente la prevención de embarazos" (Fuente Entrevistas N°10)

Importante: Desconocimiento de lineamientos ESI del MINEDU: Ningún operador menciona los "Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica" (2021) del Ministerio de Educación.

3. Creencias: "Información sexual = incentivo a relaciones sexuales"

"Las familias piensan que, si tú le hablas de educación sexual o del embarazo precoz, ellos dicen pues estás motivando más a los adolescentes". (Fuente entrevista N°4)

"..al hablar de sexualidad, vamos incitarlos a poder iniciar sus relaciones sexuales a temprana edad". "Ha habido padres...que me han dicho: pero como señorita les vas a hablar de ello". (Fuente entrevista N°7)

4. Tabú sobre sexualidad en la familia.

Múltiples operadores identifican el silencio familiar como barrera primaria.

Los padres no hablan de sexualidad con los hijos, ellos los consideran que eso... sería como una falta de respeto, (Fuente entrevista N°11)

“Todavía en el tema de sexualidad es algo de lo que no se puede hablar en la familia... no se entiende la sexualidad en toda su amplitud, inmediatamente lo relacionamos con las relaciones sexuales”. (Fuente entrevista N°6)

5. Necesidades de Capacitación para docentes tutores.

Brecha pedagógica ESI, mayor necesidad de formación en educación. Los docentes tutores son profesores de matemáticas, comunicación o ciencias asignados a tutoría sin formación pedagógica específica en ESI.

"Tenemos tutores que... solamente son docentes que no están de repente muy capacitados. (Fuente entrevista N°10)

“No son docentes tutores... son docentes de áreas curriculares, pero llevan dos horas de tutoría... tienen esa limitación, deberían ser fortalecidos”. (Fuente entrevista N°12)

6. Machismo estructural y normalización de violencia.

"Huancavelica es una región todavía muy machista, tenemos una sociedad machista en la que todavía es alta la tolerancia social frente a la violencia, la naturalización de la violencia es bastante fuerte". (Fuente entrevista N°6).

"Tienen esos mitos y creencias, ideas que el varón es superior y la mujer todavía tiene que estar inferior al varón. Esas creencias son las realidades de Huancavelica". (Fuente entrevista N°4).

Estas creencias se traducen en prácticas concretas que perpetúan embarazo adolescente: Uniones tempranas como estrategia económica, Matrimonios infantiles como costumbre ancestral, Culpabilización de víctimas de violencia sexual.

7. Necesidad de Capacitación de Personal de salud: actualización en enfoques de derechos y diversidad.

Si bien el personal de salud maneja mejor contenidos sobre ESI, requiere actualización en enfoques de derechos, interculturalidad y diversidad sexual.

"El año pasado se ha estado capacitando al personal... se les ha también dotado de materiales... pero necesitamos también impulsarlos... fortaleciendo más al personal". (Fuente: entrevista N°7)
Sobre la Diversidad sexual.

No he visto adolescentes LGTB transgénero. No, hasta el momento no he visto... no hay pacientes hasta el momento". (Fuente: entrevistas N°2)

"No, no tuvimos eso, en la intervención... no se encontró en las charlas, en sesiones". (Fuente: entrevistas N°9).

Esta negación contrasta con datos nacionales que estiman entre 5-10% de adolescentes con orientación sexual o identidad de género diversa, de zonas rurales, aun no se identifican por temor al juzgamiento y discriminación. La explicación la ofrece la profesional de Warmiñan:

"La propia población diversa todavía no se identifica, todavía no es libre de decir 'sí, yo soy o yo me identifico'". "Hay bastante discriminación, hay bastante violencia...en los espacios donde se han ido desarrollando...sufren de violencia, bullying, entonces muchos prefieren no decirlo, no manifestarse". (Fuente: entrevista N°6)

Sobre acceso a la información

"No podemos darle planificación a los adolescentes que son doce, trece años. Mas nosotros enfocamos a partir de catorce años". (Fuente: Entrevista N°9)

Esta restricción limita derecho a información de adolescentes sexualmente activos menores de 14 años, muchos en contextos de violencia sexual.

8. **Barrera crítica identificada: Atención adolescente requiere acompañamiento de adulto.**

operadores de salud entrevistados, confirman que adolescentes menores de 15 años deben acudir con tutor o persona adulta.

"El adolescente viene por un servicio de salud y viene solo, entonces tiene que haber un acompañante... no es que se les prohíba, pero si están los padres, tienen que entrar los padres (Fuente entrevista N°2).

Esta exigencia, aplicada de manera generalizada, limita el acceso oportuno a la atención, especialmente en casos de violencia sexual, embarazos no deseados o no revelados, y salud mental.

Criterio técnico y normativo: De acuerdo con la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes (NTS N.º 157-MINSA/2019/DGIESP), los establecimientos de salud están obligados a brindar atención inmediata y gratuita a las y los adolescentes, incluso cuando acuden sin la presencia de padres, madres o tutores.

Esta norma se sustenta en los enfoques de:

- Derechos humanos
- Autonomía progresiva
- Confidencialidad
- Curso de vida e interculturalidad

Asimismo, la NTS N.º201-MINSA/DGIESP-2023 establece estándares de calidad para la evaluación de los servicios, pero no reemplaza ni anula la norma de atención integral vigente,

ni establece la obligatoriedad del acompañamiento adulto como requisito para la atención.

- 9. Confusiones sobre enfoques de género:** Se usan indistintamente "enfoque de género" y "equidad de género", sin comprender que el primero analiza construcciones sociales de masculinidad/feminidad mientras el segundo busca igualdad de oportunidades. Se tiene la comprensión del Género como sinónimo de "atender a ambos sexos"

"Los enfoques que usted ha mencionado... vemos el enfoque de género... porque vemos estudiantes... varones y mujeres desde temprana edad". Esta definición se limita a desagregar por sexo biológico, sin analizar construcciones sociales de masculinidad/feminidad ni relaciones de poder. (Fuente: entrevista N°10)

10. Metodología de intervención.

Predominio de metodologías informativas y confusión sobre lo "vivencial" La mayoría de operadores declara que es importante trabajar de manera "vivencial y participativa", pero en la práctica siguen utilizando principalmente charlas expositivas, proyección de videos, entrega de trípticos y sesiones informativas, que se siguen nombrando como "talleres vivenciales".

Por ejemplo, operadores describen sus intervenciones como *"dar ejemplos, brindar trípticos y hacer visualizar videos"*, lo que evidencia un enfoque informativo-expositivo más que experiencial, pese a que reconocen que solo escuchar charlas genera menor apropiación por parte de adolescentes.

Esta brecha muestra un desconocimiento práctico de lo que implica una metodología vivencial (trabajo con el cuerpo, emociones, relación, construcción activa de significado) y una tendencia a renombrar actividades tradicionales como si fueran participativas.

11. Ausencias identificadas en entrevistas:

- Placer y erotismo: solo un operador menciona esta dimensión.
- Afectividad: completamente ausentes en todas las entrevistas.
- Consentimiento sexual afirmativo: No se aborda cómo negociar acuerdos sexuales, solo "decir no" a violencia.
- Masculinidades y paternidad responsable: Las intervenciones se concentran principalmente en adolescentes mujeres, colocándolas como las únicas responsables de "cuidarse", lo que reproduce la feminización de la responsabilidad reproductiva y excluye a los hombres del ejercicio corresponsable de la sexualidad y la prevención.
- Aborto seguro: solo una operadora menciona el aborto, pero en contexto punitivo: No se

informa sobre aborto terapéutico legal.

- Diversidad sexual y derechos LGBTIQ+: Invisibilización de la diversidad sexual: "*Creo que hasta ahora no he escuchado tampoco del centro de salud como de este tipo de casos*" (Fuente entrevistas N°5) El 83% de entrevistados (10 de 12) manifiesta no haber trabajado con adolescentes LGBTIQ+ o directamente afirma "no tener casos", lo que evidencia falta de sensibilización para detectar estas identidades.

12. Hallazgo de buenas prácticas Institucionales.

Fortalezas Identificadas.

1. El uso de metodologías vivenciales del Centro de Salud Mental Comunitario, por su capacidad de generar cambios en la comprensión de relaciones, autonomía y cuidado desde el cuerpo y la experiencia, con potencial replicable.
2. La estrategia de adolescentes líderes como promotores de salud, donde jóvenes capacitados replican mensajes y monitorean la calidad de atención, aunque enfrenta problemas de sostenibilidad y depende aún de incentivos puntuales.
3. Conocimiento normativo consolidado en sector salud, especialmente NT 157 y 201 que establecen estándares de calidad verificables.
4. Coordinación intersectorial emergente entre salud y educación, en algunos contextos urbanos, que permite incorporar sesiones más dinámicas y coordinadas en escuelas, pese a las limitaciones de tiempo y la falta de lineamientos regionales unificados.
5. Sensibilización creciente sobre derechos en sector justicia, particularmente derechos de niñas, niños y adolescentes a vivir libres de violencia sexual.
6. Ausencia de barreras lingüísticas significativas por disponibilidad de personal quechua hablante y bilingüismo adolescente.

Cuadro 4. Resumen de Barreras socioculturales y su traducción institucional.

Barrera sociocultural	Efecto institucional	Consecuencia en la ESI
"Informar incita a tener relaciones"	Docentes y salud evitan ciertos contenidos.	ESI centrada solo en riesgo y embarazo.
Tabú familiar sobre sexualidad	Escasa comunicación escuela-hogar.	Adolescente sin red de apoyo confiable.
Machismo y roles de género rígidos	Poca inclusión de varones en prevención.	Feminizan la responsabilidad reproductiva

Desigualdad rural-urbana	Cobertura limitada en zonas alejadas.	Menor acceso a ESI integral en áreas rurales.
--------------------------	---------------------------------------	---

Fuente: Elaboración Propia según Entrevista a Operadores de salud, educación y justicia sobre conocimiento y prácticas de ESI Huancavelica 2025.

11. Encuesta a operadores.

La encuesta a operadores funciona como un complemento cuantitativo de la información cualitativa y permite dimensionar la magnitud de ciertos patrones percibidos de manera recurrente en las entrevistas. Aunque la muestra no pretende ser estadísticamente representativa, los resultados refuerzan la lectura de la ESI como campo en tensión entre normas avanzadas, resistencias socioculturales y limitaciones institucionales.

11.1 Diseño de la encuesta

- **Objetivo:** la “Encuesta breve a operadores/as” busca complementar el análisis cualitativo, midiendo de forma rápida percepciones sobre prioridad institucional, conocimiento normativo, frecuencia de aplicación de ESI, temas abordados, barreras percibidas, coordinación intersectorial y necesidades de capacitación.
- **Temas abordados:** incluye ítems sobre: prioridad de la prevención del embarazo adolescente; conocimiento de normas/protocolos; aplicación de contenidos de ESI; temáticas que más se trabajan (biología, métodos, derechos, proyecto de vida, violencia, diversidad); percepción de confidencialidad; grupos a los que llegan las acciones (urbanos, rurales, LGBTIQ); barreras percibidas (culturales, recursos, resistencias, lingüísticas, estigma); coordinación con otros sectores; y necesidad de fortalecer capacidades.

La encuesta utiliza escalas tipo Likert y opciones múltiples, diseñada para ser autoadministrada por operadores de distintos sectores.

11.2 Aplicación

- **Fecha:** 17, 18, y 19 de diciembre
- **Número de operadores:** la muestra cuantitativa complementaria está compuesta por 10 operadores/as, seleccionados entre los mismos sectores participantes de las entrevistas. Esta escala pequeña responde a su función de triangulación exploratoria, no de representatividad estadística.
- **Lugar:** se aplicó en Huancavelica (distrito) y Ascensión.

11.3 Resultados de la encuesta a operadores

Principales hallazgos

- **Prioridad y conocimiento normativo:** Los resultados muestran que alrededor de 70% de los operadores declara conocer el marco normativo vigente vinculado a la ESI, y aproximadamente 80% afirma aplicar contenidos relacionados con la ESI en su trabajo. A primera vista, estas cifras podrían sugerir un nivel aceptable de institucionalización de la ESI en las prácticas cotidianas. Sin embargo, la triangulación con los hallazgos cualitativos permite matizar esta lectura: “aplicar ESI” suele referirse a la realización de charlas informativas sobre embarazo, ITS o violencia, más que a un enfoque integral que abarque habilidades socioemocionales, consentimiento, placer, masculinidades y diversidad sexual. Es decir, existe una brecha entre la autoevaluación de aplicación de ESI y el estándar de integralidad propuesto por los lineamientos nacionales e internacionales
- **Aplicación de ESI:** gran parte indica que aplica contenidos de ESI “frecuentemente” o “siempre”; sin embargo, el cruce con entrevistas revela que estos contenidos se concentran en riesgos, embarazo y violencia sexual, y poco en derechos, placer o diversidad.
- **Temas trabajados:** La distribución de temas trabajados con adolescente en la práctica muestra una clara concentración en ciertas áreas en detrimento de otras. Las temáticas más frecuentes son “proyecto de vida y relaciones saludables” (40%), “métodos anticonceptivos” (20%) y “prevención de violencia sexual” (20%), mientras que “derechos sexuales y reproductivos” y “diversidad sexual y de género” apenas alcanzan 10% cada una.

Cuadro 3. Temas de ESI más trabajados con adolescentes según operadores encuestados.

Tema	% de operadores que lo reporta
Proyecto de vida y relaciones saludables	40%
Métodos anticonceptivos	20%
Prevención de violencia sexual	20%
Derechos sexuales y reproductivos	10%
Diversidad sexual y de género	10%

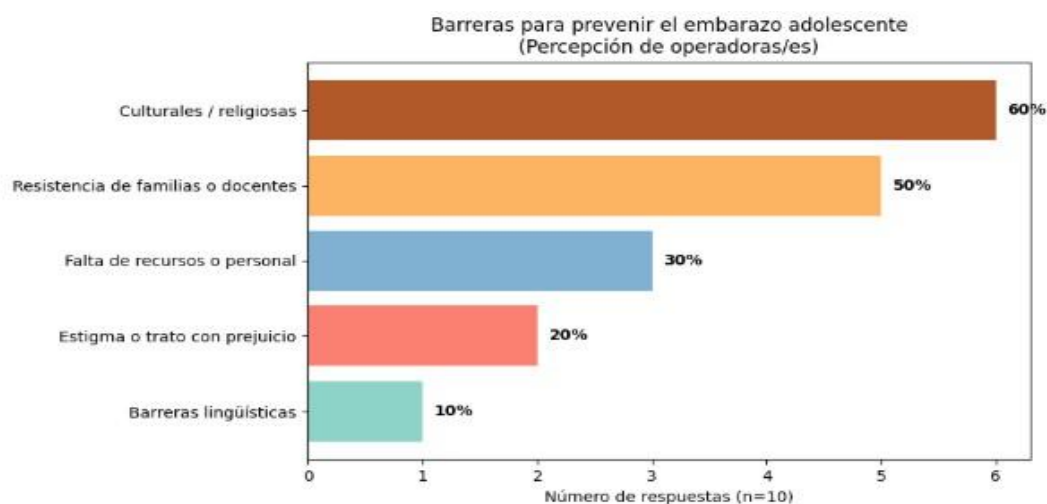
Fuente: Encuesta a Operadores de salud, educación y justicia sobre conocimiento y prácticas de ESI Huancavelica 2025.

Este patrón coincide con lo reportado en las entrevistas, donde la diversidad sexual casi no aparece y los métodos anticonceptivos suelen delegarse al sector salud o tratarse de manera muy superficial. En consecuencia, la ESI implementada tiende a centrarse en mensajes de prevención de riesgos, con poca

atención a dimensiones positivas y de reconocimiento de identidades diversas.

- **Cobertura percibida:** muchos operadores consideran que las acciones llegan adecuadamente a adolescentes urbanos, pero reconocen menor alcance en adolescentes rurales y LGBTIQ, lo que coincide con testimonios sobre inequidad territorial y invisibilización de diversidad.
- **Barreras:** las opciones más marcadas son barreras culturales o religiosas, falta de recursos y personal, resistencia de familias y docentes, y, en menor medida, barreras lingüísticas y estigmas en la atención.

Gráfico N°3 Barreras para la prevención del embarazo adolescente.



Fuente: Encuesta aplicada a operadoras/es - diciembre 2025

Coordinación intersectorial: la mayoría califica la coordinación como “esporádica” o “regular”, confirmando que no existe aún una articulación permanente ni protocolos compartidos.

Necesidad de formación: prácticamente la totalidad de operadores responde que considera necesario fortalecer capacidades en ESI y prevención del embarazo adolescente, coherente con las demandas de formación en docencia, salud y justicia.

Gráfico 4: ¿Considera necesario fortalecer capacidades del personal en ESI y prevención del embarazo?



Fuente: Encuesta a Operadores de salud, educación y justicia sobre conocimiento y

En conjunto, entrevistas y encuesta construyen una imagen consistente: operadores con compromiso y algunos avances metodológicos (talleres vivenciales, adolescentes líderes, trabajo con municipios escolares), pero atrapados en estructuras institucionales y culturales que todavía restringen una ESI realmente integral, inclusiva y territorializada.

La investigación también destaca que, aunque los operadores declaran conocer normas y aplicar ESI, la reducción temática, la centralidad del enfoque de riesgo y la ausencia de diversidad sexual y masculinidades revelan una ESI parcial, que no logra todavía desplegar plenamente los enfoques de género, derechos e interculturalidad.

Se ha demostrado también que hay un alto nivel de disposición subjetiva (“queremos trabajar ESI, reconocemos su importancia”), pero también una autopercepción clara de límites: se trabaja con lo que se tiene, bajo presiones de tiempo, presupuesto y resistencias comunitarias.

Acceso a información ampliada

Se incluye un código QR que permite acceder a la investigación detallada de entrevista y encuestas a operadores, como documento complementario, garantizando la transparencia y el uso responsable de la información.



QR: acceso a información ampliada

12. ANÁLISIS DE INVESTIGACIÓN

12.1 Cruce: Información pública MINSA / Red de Salud Huancavelica 2025

- La Red de Salud Huancavelica reportó 9 229 orientaciones de Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes hasta junio de 2025. Según data informativa de la RED de Salud junio 2025.
- En salud sexual y reproductiva, se reportan 657 evaluaciones de desarrollo sexual, 447 atenciones en planificación familiar, más de 1 600 pruebas de descarté de embarazo, lo que muestra una oferta activa de servicios para la prevención del embarazo adolescente.
- Hay un uso relevante de métodos anticonceptivos reversibles (inyectables mensuales y trimestrales, implantes, anticonceptivos orales, preservativos masculinos), pero con énfasis en

métodos hormonales sobre métodos de barrera, y con predominio del uso entre adolescentes de 15–17 años.

Esto sugiere que el sector salud ha avanzado en institucionalizar el “paquete integral adolescente” y las consejerías en SSR, pero la sola oferta no garantiza acceso equitativo ni continuidad, sobre todo para adolescentes rurales, indígenas o que viven situaciones de violencia.

12.2 Cruce: encuestas a adolescentes (vigilancia ciudadana)

- La encuesta a 1 125 adolescentes muestra que, aunque la mayoría dice haber recibido alguna forma de ESI, esta llega de manera desigual y fragmentada; un grupo declara no haberla recibido o no estar seguro, lo cual revela que la ESI no es reconocida como un proceso claro y continuo.
- Solo 35,5% ha acudido al centro de salud por temas de salud sexual; es decir, dos de cada tres adolescentes nunca han buscado servicios de SSR, pese a la amplia oferta reportada por la Red de Salud. Las barreras más frecuentes incluyen el miedo, la vergüenza (20.4%), la falta de información sobre dónde acudir (24.4%), la falta de confianza en los profesionales (18.0%), falta de privacidad (8.9%), falta de dinero (4.9%) y la percepción de discriminación, especialmente entre adolescentes mujeres, varones indígenas y adolescentes con identidades de género diversas.
- Entre quienes sí acceden, más del 70% califica la atención como buena o muy buena, lo que indica que la barrera principal no es la calidad técnica, sino el miedo, la vergüenza, la desconfianza y la percepción de juicio o falta de confidencialidad. Sin embargo, casi una cuarta parte (24.2%) evalúa la atención como regular o mala, lo cual no es un porcentaje menor y puede desalentar futuras consultas.
- La escuela es la principal fuente de información sobre sexualidad, pero comparte ese rol con la familia, pares y redes sociales; el personal de salud aparece como fuente secundaria, a pesar del volumen de consejerías registradas.
- Las y los adolescentes demandan, para prevenir el embarazo: más Educación Sexual Integral (ESI) en la escuela, mayor acceso a métodos anticonceptivos, información y apoyo en casa, servicios de salud amigables y programas comunitarios de prevención, lo que muestra que conciben la prevención como proceso integral y articulado.

Hay brechas claras entre el volumen de actividades de salud y el uso real de los servicios por adolescentes, así como entre la ESI que se declara impartir y la comprensión crítica que logran las y los estudiantes sobre el embarazo adolescente como problema social y de derechos.

12.3 Cruce: entrevistas y encuestas a operadores.

- La investigación rápida con operadores de salud, educación, justicia y protección muestra alto conocimiento declarativo de normas (NT 157, NT 201, RVM 212-2020), pero una comprensión parcial de la ESI, frecuentemente reducida a anticoncepción, prevención del embarazo o información sobre riesgos.
- En las intervenciones predomina un enfoque informativo, pese a que los operadores declaran trabajar de manera “vivencial y participativa”. En la práctica, se continúan usando charlas expositivas, videos y entrega de materiales, renombradas como talleres vivenciales. Esto evidencia una brecha entre el discurso y la práctica metodológica. La situación refleja un desconocimiento de lo que implica realmente una metodología vivencial centrada en el cuerpo, las emociones y la construcción activa de aprendizajes. Solo un operador conoce con claridad y aplica la metodología vivencial.
- En salud, el “paquete integral adolescente” y los consultorios amigables representan la estructura más sólida, pero según operador de salud entrevistado solo 8 de 101 establecimientos del distrito de Huancavelica cumplen estándares de calidad para atención adolescente, sin embargo según data de diciembre de 2025 de DIRESA, 36 centros de salud de niveles I-3 y I-4 de la región Huancavelica han sido certificados en lo que va de este año 2025, por brindar servicios de salud integrales y de calidad a los adolescentes de la región Huancavelica. ([Portal web de estado-DIRESA Huancavelica-2025](#))
- En educación, la ESI se implementa principalmente vía Plan de Tutoría (TOECE) y método de cascada; docentes tutores, muchas veces sin formación específica en ESI, asumen el rol, lo que explica abordajes biologicistas o evasión de temas sensibles.
- En justicia y protección, las acciones se concentran en la atención post-violencia y no en prevención primaria; las actividades preventivas (charlas, ferias) son esporádicas y dependen de voluntades individuales.

La triangulación muestra una brecha estructural entre el discurso normativo (“tenemos enfoque de derechos, género e interculturalidad”) y las prácticas efectivas, que siguen marcadas por enfoques moralizantes, omisiones temáticas y una débil articulación entre sectores.

12.4 Brechas, omisiones y buenas prácticas

Brechas:

Cobertura limitada y fragmentada de ESI

82% de adolescentes reporta haber recibido ESI en su colegio; sin embargo, el 31% de quienes la recibieron no está seguro/a de si el embarazo adolescente es un problema, lo que evidencia una

desconexión entre la información brindada y el desarrollo de una conciencia crítica. Este dato es contundente: la ESI está presente, pero no está generando un impacto formativo significativo.

En el caso de adolescentes indígenas, esta brecha se profundiza: solo el 9.9% del total de personas encuestadas corresponde a adolescentes indígenas que recibieron ESI, lo que muestra un alcance limitado de la política educativa en contextos interculturales.

No se mencionan explícitamente los lineamientos nacionales de Educación Sexual Integral del MINEDU, en el discurso de operadores educativos, y predomina la confusión entre ESI, tutoría y prevención de embarazo, con baja inclusión de dimensiones afectivas, éticas, de placer y diversidad. La barrera de acompañamiento adulto obligatorio para adolescentes, identificada en las entrevistas a operadores/as de salud, contradice el principio de autonomía progresiva y explica en parte la baja utilización de servicios por adolescentes.

Entre quienes sí accedieron, el 73.8% califica la atención como buena o muy buena, lo que sugiere que el problema no es la calidad técnica, sino el acceso.

Fuentes de información: la escuela es central, pero no suficiente

El 27% de adolescentes obtiene información únicamente de la escuela/colegio, convirtiéndola en la fuente principal de educación sexual. Sin embargo, cuando se analiza el conjunto de fuentes, aparecen las redes sociales e internet (7.8% como fuente exclusiva, pero presente en múltiples combinaciones), las amistades y la familia (12.2% sola).

Este dato contrasta con la percepción de operadores/as, quienes identifican la resistencia familiar como barrera principal, pero no reconocen plenamente el rol educativo (muchas veces contradictorio) que ya están cumpliendo las redes sociales y los pares.

Acceso real vs. oferta de servicios de salud

A pesar del alto número de consejerías, tamizajes y atenciones de SSR, solo un tercio de adolescentes acude a servicios por temas sexuales, lo que revela barreras de confianza, confidencialidad, horarios y normas que obligan acompañamiento adulto en atención adolescente.

La certificación de servicios amigables de los centros de salud es limitada (8 de 101 del Distrito de Huancavelica, según entrevista de operador de salud) y concentrada, lo que restringe el ejercicio efectivo de derechos en zonas rurales y comunidades indígenas.

La barrera de acompañamiento adulto obligatorio para adolescentes, identificada en las entrevistas a operadores/as, contradice el principio de autonomía progresiva y explica en parte la baja utilización de servicios por adolescentes.

Entre quienes sí accedieron, el 73.8% califica la atención como buena o muy buena, lo que sugiere que el problema no es la calidad técnica, sino el acceso.

Género, intercultural y diversidad sexual

- Las mujeres acuden más a servicios de salud sexual que los varones (25.5% vs 8.7%), pero la mayoría de ellas tampoco accede.
- Los adolescentes indígenas presentan menor acceso a servicios, reflejando barreras culturales, lingüísticas y territoriales
- Las identidades de género no hegemónicas (LGBTIQ+) aparecen casi ausentes en los servicios de salud, coherente con el hallazgo de que el 83% de operadores/as manifiesta "no tener casos", evidenciando invisibilización sistemática

Se mantiene la feminización de la responsabilidad reproductiva: la mayoría de usuarias de servicios de SSR son adolescentes mujeres, mientras los hombres participan menos y son vistos más como “riesgo” que como sujetos de derechos y corresponsabilidad.

La evidencia revela una desconexión alarmante entre el sistema de salud y la población joven: 2 de cada 3 adolescentes nunca han acudido a un centro de salud para recibir información sexual. Aunque las mujeres lideran las consultas (25.5% asistió), la gran mayoría (41.5%) permanece alejada de los servicios, lo que sugiere que el miedo al juicio y las barreras culturales siguen pesando más que la necesidad de cuidado. La situación es aún más crítica en los varones, donde solo un 8.7% accedió frente a un 21% que no lo hizo, evidenciando una débil socialización en el autocuidado masculino y su escasa inclusión en programas preventivos.

Esta exclusión se agrava drásticamente al cruzar variables de etnicidad e identidad. La baja representatividad de adolescentes indígenas entre quienes logran acceder al servicio (apenas 43 mujeres y 17 varones) confirma la existencia de barreras lingüísticas y territoriales que perpetúan la desigualdad. Del mismo modo, las identidades de género no hegemónicas resultan prácticamente invisibles en las estadísticas de atención, una ausencia casi total que alerta sobre un sistema de salud que, por discriminación o falta de enfoque inclusivo, está dejando atrás a las poblaciones más vulnerables.

Aunque se reconoce la presencia de adolescentes quechua-hablantes y de comunidades indígenas, no se reporta un diseño sistemático de ESI en lengua originaria ni materiales adaptados a cosmovisiones andinas; se sigue trabajando principalmente en castellano y con matrices urbanas. Adolescentes indígenas acceden menos a servicios de SSR y están subrepresentados entre quienes acuden a centros de salud, lo que refleja barreras lingüísticas, culturales, económicas y geográficas. Resistencia de

autoridades rurales ("directores que no te permiten el acceso") un operador comenta *"Estamos focalizados más en las zonas urbanas, las zonas rurales son las que no tienen un espacio"*.

Las identidades LGBTIQ+ son prácticamente invisibles para el 83% de operadores/as (10 de 12) manifiesta no haber trabajado con adolescentes LGBTIQ+ o directamente afirma "no tener casos". Esta invisibilización se cruza con el dato de la encuesta adolescente: solo 0.4% se identifica como "Otro" género y 2.1% prefiere no responder, lo que podría reflejar tanto baja representación como temor a autoidentificarse en contextos discriminatorios.

Barreras culturales estructurales

Los operadores/as identifican tres niveles de barreras:

1. **Creencia: "información sexual = incentivo a relaciones sexuales"**: Genera resistencia activa de padres/madres y directivos educativos.
2. **Machismo estructural**: Huancavelica es "una región todavía muy machista, con alta tolerancia social frente a la violencia", que naturaliza uniones tempranas, matrimonios infantiles y culpabilización de víctimas de violencia sexual.
3. **Tabú sobre sexualidad en la familia**: "Los padres no hablan de sexualidad con los hijos, consideran que sería una falta de respeto".

Fragmentación normativa sectorial

Cada sector opera con instrumentos específicos que no dialogan entre sí:

- Salud: NT 157, NT 201, NT 213 (conocimiento consolidado)
- Educación: RVM 212-2020, pero confusión sobre si ESI es asignatura o eje transversal
- Justicia/Protección: Mayor debilidad normativa, enfocada en atención post-violencia, no en prevención primaria

Ningún operador educativo menciona los "Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica" (2021) del MINEDU.

Articulación intersectorial y nivel de respuesta

Cada sector opera con su propio marco normativo sin un lineamiento regional de ESI que unifique criterios, prioridades y protocolos; esto genera duplicación en zonas urbanas y vacíos en zonas rurales.

No existe un sistema claro de derivación bidireccional entre escuela y salud, ni entre salud/educación y justicia/protección, que garantice rutas integrales para casos de violencia sexual, embarazo

adolescente y vulneración de derechos. Operador refiere: *"No tenemos todavía un lineamiento regional sobre la educación sexual integral"*.

Omissiones

- **Contenidos ausentes en ESI:** placer, erotismo, masturbación, consentimiento afirmativo, Aborto legal (mencionado solo en contexto punitivo), masculinidades y corresponsabilidad paterna son prácticamente inexistentes en el trabajo reportado, salvo experiencias puntuales en salud mental.
- **Participación adolescente en la gestión de la respuesta:** aunque se trabaja con líderes adolescentes en salud y se consultó a adolescentes vía encuesta, no se observa una estructura estable de participación (consejos consultivos, comités juveniles) en la toma de decisiones de salud o educación.
- **Vinculación con políticas de desarrollo local:** la ESI y la prevención del embarazo adolescente no se integran de manera explícita con políticas de empleo joven, espacios seguros, deporte, cultura y proyectos de vida, pese a que las y los adolescentes asocian prevención con oportunidades y acompañamiento integral.

Cuadro 4: Resumen de Brechas identificadas.

Dimensión	Brecha identificada	Evidencia cruzada
Conceptual	Reduccionismo de la ESI (anticoncepción vs. integralidad)	Operadores/as confunden ESI con métodos anticonceptivos; 31% de adolescentes que recibieron ESI no reconocen el embarazo adolescente como problema.
Normativa	Fragmentación sectorial sin lineamiento regional unificado	Cada sector opera con normas propias sin articulación; adolescentes demandan "programas comunitarios" pero estos dependen de iniciativas individuales
Acceso	Baja utilización de servicios de salud sexual (35.5%) vs. alta valoración de calidad (73.8%)	Barreras: miedo, vergüenza, acompañamiento adulto obligatorio pocos establecimientos con estándares de calidad.
Territorial	Inequidad urbano-rural en cobertura de ESI.	Adolescentes indígenas con menor acceso a ESI (9.9%); operadores/as "focalizados en zonas urbanas.

énero	Masculinización de la prevención (Hombres como "factor de riesgo" vs. sujetos de cuidado).	Solo 8.7% de varones acudieron a servicios de salud; temas de paternidad responsable ausentes en intervenciones.
Diversidad sexual	Invisibilización sistemática de adolescentes LGBTIQ+	83% de operadores/as "no tienen casos" 0.4% de adolescentes se identifica como "Otro" género.
Capacitación	Docentes tutores sin formación pedagógica especializada en ESI	"Tenemos tutores que no están muy capacitados"; método de cascada diluye contenidos; adolescentes demandan "más educación sexual en las escuelas"

Fuente: Elaboración propia, basada en entrevistas, encuestas a operadores y encuestas adolescentes.

OMISIONES ESTRUCTURALES

En el discurso y práctica de operadores/as:

1. **Placer y erotismo** como dimensiones legítimas de la sexualidad adolescente (excepción: psicólogo Salud Mental)
2. **Masturbación y autoconocimiento corporal** (tema completamente ausente)
3. **Consentimiento sexual afirmativo** (solo se aborda "decir no" a violencia, no negociación de acuerdos)
4. **Masculinidades y corresponsabilidad** (hombres referidos como factores de riesgo, no como sujetos de cuidado)
5. **Aborto seguro y aborto terapéutico legal** (mencionado solo en contexto punitivo)
6. **Diversidad sexual y derechos LGBTIQ+** (sin protocolos específicos de atención)

En la percepción adolescente:

- Aunque demandan "más ESI", no especifican contenidos ausentes, lo que sugiere que desconocen qué deberían estar recibiendo.

Buenas prácticas

- **Paquete integral adolescente y consultorios amigables:** donde existen, permiten una atención multidisciplinaria (obstetricia, psicología, nutrición, laboratorio, vacunas, odontología) con consejería en SSR y espacios diferenciados para adolescentes.
- **Metodologías vivenciales:** experiencias de salud mental que trabajan con dinámicas corporales, dramatizaciones, ejercicios de vínculo y reflexión crítica muestran mayor impacto educativo, según los propios operadores.

- **Liderazgo adolescente:** estrategias de formación de adolescentes líderes para la réplica de información y la vigilancia de la calidad de los servicios son un punto de apoyo clave para una vigilancia ciudadana juvenil de la ESI y los servicios de SSR.
- **Reconocimiento explícito de barreras culturales:** el hecho de que operadores nombren el machismo, los mitos y los tabúes como obstáculos estructurales es una condición favorable para avanzar en estrategias de cambio cultural basadas en diálogo y no solo en “charlas” informativas.

Cuadro 5: Resumen de buenas prácticas identificadas.

Práctica	Actor/Sector	Descripción	Evidencia de efectividad
Metodologías vivenciales	Centro de Salud Mental Comunitario, DEMUNA	Talleres vivenciales, , "cinco formas de hacer el amor"	"Mayor impacto en adolescentes", "cuando hay movimiento en el cuerpo hay mayor aprendizaje"
Adolescentes líderes como promotores de salud	Establecimientos de salud	Empoderar adolescentes como replicadores de información	Estrategia prometedora, aunque requiere sostenibilidad institucional
Paquete integral adolescente	Sector Salud (NT 157, NT 201)	Atención multidisciplinaria con consejería obligatoria	73.8% de adolescentes que accedieron califican atención como buena/muy buena
Coordinación salud-educación	UGEL + Centros de Salud	Charlas en instituciones educativas, derivación de casos	Presente en zonas urbanas, aunque no sistematizada
Horarios diferenciados para adolescentes	Programa Warmiñan	Atención 4-8pm sin cita previa	Facilita acceso sin faltar a clases/trabajo (mencionado como innovación)
Adaptación lingüística	Todos los sectores	Atención en quechua, materiales bilingües	Baja identificación de barrera lingüística (10%) 90.8% habla español, 8.8% ambos idiomas

Fuente: Elaboración propia, basada en entrevista, encuestas a operadores y encuestas adolescentes.

13. Conclusiones

Situación real del embarazo adolescente en el territorio.

- La combinación de alta carga de atenciones en SSR, baja utilización de servicios por la mayoría de adolescentes y una ESI escolar insuficiente indica que el embarazo adolescente sigue siendo un riesgo estructural, especialmente en zonas rurales, contextos de pobreza, comunidades indígenas y situaciones de violencia sexual.
- La percepción adolescente de que la prevención requiere educación sexual, anticoncepción, apoyo familiar, servicios amigables y programas comunitarios refuerza la idea de que el embarazo adolescente no es “decisión individual”, sino el resultado de desigualdades de género, brechas territoriales y falta de garantías efectivas de derechos.

Nivel de respuesta institucional

- El sector salud ha desarrollado una respuesta normativa y programática más robusta (paquete integral adolescente, consultorios amigables, consejerías múltiples), pero con cobertura desigual y condicionada por presupuesto y ubicación geográfica.
- El sector educación reconoce la ESI como mandato, pero la implementación depende de docentes sin formación específica, con tiempos limitados y bajo apoyo político y presupuestal, lo que genera acciones fragmentarias y poco transformadoras.
- Los sectores de justicia y protección social concentran su intervención principalmente en la atención de casos, con un desarrollo limitado de estrategias sostenidas de prevención primaria desde la ESI, el enfoque de masculinidades y el trabajo con familias y comunidades.

En conjunto, la respuesta institucional es aun insuficientemente intersectorial, poco territorializada e incapaz de reducir las brechas que viven adolescentes indígenas, rurales, LGBTIQ+ y en situación de violencia.

Rol de la vigilancia ciudadana

- La vigilancia ciudadana feminista ha permitido recoger la voz adolescente y la mirada crítica de operadores, generando evidencia situada que va más allá de los indicadores administrativos de cobertura.
- Este ejercicio de vigilancia visibiliza las omisiones (dimensión integral de la ESI, diversidad sexual, masculinidades, interculturalidad real), las contradicciones entre normas y prácticas (confidencialidad vs. acompañamiento obligatorio) y la necesidad de incidir en gobiernos regionales, locales y sectores para cerrar brechas.
- La vigilancia ciudadana, sí se sostiene y amplía, puede convertirse en un mecanismo

permanente de seguimiento sobre la implementación de la ESI, el funcionamiento de los servicios amigables y la asignación de recursos para la prevención del embarazo adolescente.

14. Recomendaciones para Incidencia Política Regional.

A. Para instituciones públicas (Gobierno Regional, DREH, DIRESA, UGEL)

Recomendación 1: Aprobar e implementar Lineamiento Regional de ESI

Justificación: La fragmentación normativa sectorial (cada sector opera con sus propias normas sin articulación) genera vacíos, duplicaciones y contradicciones. Adolescentes demandan "programas comunitarios de prevención", pero estos no existen de manera sistemática.

Acciones concretas:

- Conformar Mesa Técnica Regional de ESI (DREH, DIRESA, UGEL, DEMUNA, CEM, sociedad civil, representantes adolescentes)
- Elaborar Lineamiento Regional de Educación Sexual Integral que articule NT 157/201 (Salud), RVM 212-2020/ RVM N°169-2021 (Educación), Ley 30364 (Justicia)
- Establecer:
 - o Definición conceptual compartida de ESI basada en estándares UNESCO
 - o Competencias por ciclo educativo (desde inicial hasta secundaria)
 - o Protocolos de coordinación intersectorial.
 - o Asignación presupuestal garantizada por sector.
 - o Sistema de monitoreo con indicadores verificables.
- Plazo Sugerido: Aprobación mediante Ordenanza Regional en 2026, implementación 2027-2030.

Recomendación 2: Programa de formación pedagógica ESI para docentes tutores

Justificación: "Tenemos tutores que no están muy capacitados"; el método de cascada diluye contenidos; adolescentes demandan "más educación sexual en las escuelas".

Acciones concretas:

- Diseñar Programa de Formación Continua (120 horas presenciales + acompañamiento) para 100% de docentes tutores de secundaria
- Contenidos prioritarios:

1. Fundamentos conceptuales de ESI (dimensiones biológica, psicológica, social, ética, legal)
 2. Metodologías vivenciales y participativas (replicar buenas prácticas del Centro de Salud Mental)
 3. Enfoques de género, derechos e interculturalidad aplicados
 4. Abordaje de diversidad sexual sin discriminación. Manejo de resistencias familiares y comunitarias
- Incluir componente de práctica supervisada: cada docente diseña y ejecuta 5 sesiones ESI con retroalimentación formativa
 - Certificación por DREH

Recomendación 3: Ampliar y territorializar los servicios amigables para adolescentes

Acciones concretas:

- Incrementar presupuesto del Programa Presupuestal Materno-Neonatal (etapa vida adolescente)
- Incrementar progresivamente el número de establecimientos certificados como amigables con estándares NT 201. Priorizando establecimientos rurales, y con mayor carga de embarazo adolescente
- Garantizar:
 - o Equipamiento (consultorios amigables)
 - o Personal capacitado (obstetra, psicólogo/a, enfermero/a)
 - o Materiales educativos en quechua y español
 - o Movilidad para visitas a instituciones educativa
 - o Garantizar horarios diferenciados, y confidencialidad
- Eliminar requisito de acompañamiento adulto obligatorio alinearse con autonomía progresiva (Enfoque derechos humanos y Código de NNA y a la norma técnica NTS N.º 157-MINSA).

¿Por qué es importante que las y los adolescentes sean atendidos solos?

- Garantiza el ejercicio real de su derecho a la salud.
- Protege a adolescentes que viven violencia familiar o control adulto.
- Favorece la confidencialidad y la confianza en el servicio de salud.
- Previene riesgos mayores como embarazos no deseados, ITS o afectaciones a la salud mental.
- Reconoce a las y los adolescentes como sujetos de derechos, no solo como dependientes.

Recomendación 4: Crear "Vías rápidas ESI" en servicios de salud

Justificación: Aunque la calidad de atención es buena (73.8%), el acceso es bajo (35.5%) por barreras de miedo, vergüenza, tiempo. La experiencia de "horarios diferenciados 4-8pm" del Programa Warmiñan es prometedora.

Acciones concretas:

- Implementar sistema de cita express sin cita previa para:
 - o Consejería en salud sexual
 - o Acceso a anticonceptivos
 - o Anticonceptivos de emergencia
- Garantía de atención en máximo 30 minutos
- Horario diferenciado: 3-7pm (post-escolar)
- Señalética visible: "Espacio Seguro para Adolescentes"

Recomendación 5: Implementar protocolo de atención a adolescentes LGBTIQ+

Justificación: 83% de operadores/as "no tienen casos"; solo 0.4% de adolescentes se identifica como "Otro" género, reflejando invisibilización y temor a discriminación.

Acciones concretas:

- Desarrollar Protocolo Regional de Atención a Diversidad Sexual que incluya:
 - o Formularios de registro con opciones de orientación sexual e identidad de género
 - o Capacitación obligatoria de 100% de personal en enfoque de diversidad (20 horas)
 - o Señalética visible: "Espacio Seguro LGBTIQ+"
 - o Derivación a servicios especializados de salud mental
 - o Articulación con organizaciones de sociedad civil LGBTIQ+
- Tener como indicador: Al menos 5% de atenciones adolescentes con identificación de orientación sexual/identidad de género diversa para 2027.

B. Para Gobierno Regional de Huancavelica y gobiernos locales.**Recomendación 6: Campaña Regional de cambio cultural "Información protege, No incentiva"**

Justificación: La barrera cultural más significativa (80% de operadores/as) es la creencia de que "información sexual = incentivo a relaciones sexuales". Padres/madres impiden acceso de personal de salud a colegios.

Acciones concretas:

- Diseñar campaña comunicacional multianual (2026-2030) con tres mensajes clave:
 1. "Información protege, no incentiva": Desmitificar creencia mediante testimonios de familias locales.
 2. "Hijas e hijos con proyecto propio": Cuestionar expectativa de uniones tempranas como estrategia económica.
 3. "Paternidad presente Visibilizar corresponsabilidad de hombres.
- Metodología:
 1. Testimonios de adolescentes, familias y operadores/as huancavelicanos (no actores externos)
 2. Difusión en espacios comunitarios (plazas, mercados, ferias)
 3. Medios locales (radios comunales)
 4. Redes sociales (TikTok, Facebook) donde están adolescentes.
- Co-diseño con adolescentes líderes para garantizar lenguaje y códigos culturales apropiados

Recomendación 7: Escuelas de familias territorializadas

Justificación: "Los padres no hablan de sexualidad con los hijos"; solo 12.2% de adolescentes obtienen información de la familia sola. Operadores/as reconocen: *"Si en el hogar no hay quien refuerce, no estamos ganando mucho"*.

Acciones concretas:

- Implementar programa sistemático de Escuelas de Familias (no charlas esporádicas) en 100% de instituciones educativas secundarias.
- Metodología:
 - 8 sesiones bimensuales (16 horas totales/año)
 - Facilitadas por equipo intersectorial (docente tutor + obstetra/psicólogo/a + operador/a protección social)
 - Contenidos co-construidos con familias:
 1. Desarrollo adolescente.
 2. Comunicación intrafamiliar sobre sexualidad.
 3. Prevención de violencia.
 4. Acompañamiento de proyecto de vida.
 5. Derechos y deberes parentales.

- Innovación: Ofrecer escuelas de familias en centros laborales (fábricas, mercados, instituciones públicas) en horarios compatibles con jornadas, no solo en escuelas.

Recomendación 8: Articular ESI con políticas de desarrollo y espacios públicos.

Justificación: Adolescentes demandan "programas comunitarios de prevención"; operadores/as identifican falta de espacios de ocio saludable como factor de riesgo (no mencionado explícitamente, pero implícito en análisis de barreras).

Acciones concretas:

- Articular política regional de ESI con obras públicas de construcción, recuperación y equipamiento de espacios comunitarios orientados a adolescentes y jóvenes
- Priorizar:
 - o Centros culturales
 - o Espacios de arte, deporte, recreación
 - o Bibliotecas comunitarias
 - o Casas juveniles
- Reconocer el ocio saludable y la participación juvenil como componentes de bienestar adolescente
- Co-diseño con adolescentes para asegurar pertinencia cultural y apropiación

Recomendación 9: Crear línea presupuestal "Prevención de embarazo adolescente"

Justificación: Presupuesto insuficiente es la segunda barrera más identificada por operadores/as. "En la UGEL Huancavelica es solamente mínimo, nos dan dos salidas".

Acciones concretas:

- Crear línea presupuestal específica en el Presupuesto Participativo Regional y presupuestos municipales.
- Priorizar:
 - o Movilidad para zonas rurales (cerrar brecha urbano-rural)
 - o Materiales educativos en quechua y español
 - o Capacitación continua de operadores/as
 - o Implementación de consultorios amigables
 - o Campañas comunicacionales
- Meta: Incrementar en 100% el presupuesto regional destinado a prevención de embarazo adolescente para 2027.

C. Para sociedad civil y organizaciones comunitarias.

Recomendación 10: Fortalecer vigilancia ciudadana como mecanismo permanente

Justificación: Esta investigación es resultado de un proceso de vigilancia ciudadana feminista que generó evidencia técnica y contextualizada. Adolescentes son reconocidos como "sujetos activos de derechos".

Acciones concretas:

- Institucionalizar Observatorio Ciudadano de ESI y Prevención de Embarazo Adolescente
- Funciones:
 1. Monitoreo anual de indicadores:
 - Cobertura de ESI en instituciones educativas
 - Certificación de servicios amigables (meta: pasar de 7.9% a 50%)
 - Acceso adolescente a servicios de salud sexual
 - Presupuesto ejecutado en prevención
 2. Auditoría social de políticas públicas
 3. Incidencia política ante Gobierno Regional y UGEL
 4. Difusión de buenas prácticas
 - Integrar representantes adolescentes como veedores/as ciudadanos/as
 - Publicar Informe Anual de Vigilancia Ciudadana

Recomendación 11: Campañas comunicativas "con y desde adolescentes"

Justificación: Adolescentes utilizan redes sociales e internet como fuente de información (7.8% exclusivamente, presente en múltiples combinaciones). Operadores/as reconocen falta de códigos culturales juveniles.

Acciones concretas:

- Desarrollar campañas digitales usando lenguajes juveniles:
 - TikTok, Facebook, Instagram
 - Testimonios de adolescentes huancavelicanos/as
 - Memes, retos, storytelling
- Contenidos:
 - Desmitificar tabúes sexuales
 - Visibilizar diversidad sexual

- Promover masculinidades responsables
- Informar sobre servicios de salud amigables
- Co-creación con colectivos juveniles (no campañas diseñadas por adultos)

Recomendación 12: Implementar y dar continuidad a programas que fortalezcan la autonomía de las y los adolescentes.

Justificación: El modelo de adolescentes líderes es identificado como buena práctica por operadores/as de salud, pero enfrenta dificultades de continuidad. Adolescentes demandan "programas comunitarios".

Acciones concretas:

- Implementar escuelas comunitarias de Liderazgo adolescente en cada distrito.
- Apostar por la sostenibilidad de buenas prácticas que ya ha implementado el Gobierno Regional de Huancavelica con la asistencia técnica de la Cooperación internacional (UNICEF) y organizaciones de la sociedad civil. Iniciativas como “Más Poder Adolescentes”, “Más voces en acción”, Escuelas de empoderamiento y liderazgo para adolescentes de APRODEH.
- Metodología:
 - Elaboración de proyectos comunitarios liderados por adolescentes
- Al finalizar, adolescentes líderes se convierten en:
 - Promotores/as de salud en sus instituciones educativas.
 - Veedores/as del Observatorio Ciudadano.
 - Replicadores/as en espacios comunitarios.

Referencias:

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Opinión Consultiva OC-24/17: Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. San José, Costa Rica: Corte IDH.

Congreso de la República del Perú. (2015). Ley N° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Lima: Diario Oficial El Peruano.

Defensoría del Pueblo. (2023). *Supervisión de la implementación de los kits de atención para víctimas de violencia sexual y la educación sexual integral en regiones* (Informe de Adjuntía N° 002-2023-DP/ADM). <https://www.defensoria.gob.pe/>

Documentos de Naciones Unidas y lineamientos de UNESCO y UNFPA sobre ESI basada en derechos humanos. <https://formacionenservicio.minedu.gob.pe/sifods/centro->

[recurso/2022/Lineas-de-formacion-priorizadas/Bienestar-Socioemocional/Relacional/Texto/guia-orientaciones-criterios.pdf](#)

Defensoría del Pueblo del Perú, “Los enfoques de género e interculturalidad en la Defensoría del Pueblo”. https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/documentos/Los_Enfoques_de_Genero-DP-2015.pdf

Experiencias y metodología de la investigación participativa- CEPAL. División de Desarrollo Social-2002. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6023-experiencias-metodologia-la-investigacion-participativa>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Perú. Lima: UNFPA.

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2023). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022*. <https://www.inei.gob.pe/>

Jensen, E. (2005). Enseñar con el cerebro en mente (2.^a ed.). Alexandria, VA: Asociación para la Supervisión y el Desarrollo Curricular.

Jerves, E., López, S., Castro, C., Ortiz, W., Palacios, M., Rosas, M., & Córdova, C. (2014). Educación de la sexualidad en el contexto familiar y escolar de los/las adolescentes de cuatro colegios públicos en Ecuador. *Revista MASKANA*, 5(1), 155-177.

Kesterton, A., & Cabral de Mello, M. (2010). Generando demanda y apoyo comunitario para servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes: Una revisión de la literatura y los programas. *Salud Reproductiva*, 7(25). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-25>

Kymlicka, W. (1996). Ciudadanía multicultural. Barcelona: Paidós.

Ley N°27806 Ley De Transparencia y acceso a la Información Pública y su Reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N°025-2024-JUS.

Materiales de OPS/OMS y organizaciones de salud sexual y reproductiva sobre SSR https://www.epfweb.org/sites/default/files/2020-05/epf_ib_1_srrh_basics_-_spanish_final.pdf

Ministerio de Educación del Perú. (2020). Resolución Viceministerial N° 212-2020-MINEDU: Lineamientos de Tutoría y Orientación Educativa para la Educación Básica. Lima: MINEDU.

Ministerio de Educación del Perú. (2021). Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica. Lima: MINEDU.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1931935/RVM%20N%C2%B0%20169-2021-MINEDU.pdf?v=1622898077>

Ministerio de Salud del Perú. (2019a). Norma Técnica de Salud N° 157-MINSA/2019/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud del Perú. (2019b). Norma Técnica de Salud N° 201-MINSA/2019/DGIESP: Norma Técnica de Salud de los Estándares de Calidad en la Atención Integral de Salud de Adolescentes. Lima: MINSA.

Morgade, G., Fainsod, P., Busca, N., & Grotz, E. (2016). Educación Sexual Integral con Perspectiva de Género: conceptos, tensiones y ejes temáticos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Homo Sapiens Ediciones.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia (edición revisada). París: UNESCO.

Orientaciones del Ministerio de Educación del Perú sobre enfoque de igualdad de género en el currículo. <https://formacionenservicio.minedu.gob.pe/sifods/centro-recurso/2022/Lineas-de-formacion-priorizadas/Bienestar-Socioemocional/Relacional/Texto/guia-orientaciones-criterios.pdf>

Population Council. (2009). Un solo currículo: directrices y actividades para un enfoque unificado de la educación en sexualidad, género, VIH y derechos humanos. Nueva York: Population Council.

Ministerio de Salud [MINSA]. (2023). *Plataforma del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (CNV): Reporte regional de Huancavelica 2021-2023*. Ministerio de Salud del Perú.

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza [MCLCP]. (2023). *Reporte de seguimiento concertado: Salud materna y prevención del embarazo adolescente en Huancavelica*. <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/>

Organización de las Naciones Unidas [ONU Mujeres]. (2022). *La vigilancia ciudadana como herramienta para la rendición de cuentas en derechos reproductivos: Lecciones de América Latina*.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), lineamientos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.
<https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

ONU Mujeres- Violencia y seguridad ciudadana: una mirada desde la perspectiva de género- 2018. <https://www.undp.org/es/latin-america/publicaciones/violencia-y-seguridad-ciudadana-una-mirada-desde-la-perspectiva-de-genero>

Plataforma del estado Peruano- GORE Huancavelica- DIRESA Huancavelica 2025
<https://www.gob.pe/institucion/regionhuancavelica-diresa/noticias/1316351-36-centros-de-salud-de-la-region-han-sido-certificados-este-ano-por-cumplir-con-estandares-para-el-cuidado-integral-de-salud-a-adolescentes>.

Propuesta Ciudadana. La vigilancia ciudadana para el cumplimiento de los compromisos de lucha contra la pobreza.
<https://propuestaciudadana.org.pe/sites/default/files/publicaciones/archivos/La%20vigilancia%20ciudadana%20para%20el%20cumplimiento%20de%20los%20compromisos.pdf>

UNESCO, “Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias fundamentales” y documentos regionales sobre EIS en América Latina.
https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef_0000232800&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_import_56356177-dc22-4ee8-83f6-d4121a7e7d9b%3F_%3D232800spa.pdf&locale=es&multi=true&ark=/ark:/48223/pf_0000232800/PDF/232800spa.pdf#%5B%7B%22num%22%3A108%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2Cnull%2Cnull%2C0%5D