

ESCUELA DE GRADUADOS



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

MAESTRÍA EN CIENCIA POLÍTICA

**LA GESTIÓN PÚBLICA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ADOLESCENTES:
Análisis del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes
orientado a la Mejora de la Calidad de Atención de los Servicios del
Hospital de Huaycán. Período 2005 al 2008.**

**Tesis para optar el grado académico de
MAGISTER EN CIENCIA POLÍTICA CON MENCIÓN EN
GESTIÓN PÚBLICA**

Presentado por

Sara Emilia Remuzgo Huamán.

Asesor de Tesis:

Mg. Fabricio Franco Mayorga.

Lima, 27 de Octubre del 2009.



Miembros del Jurado:

Presidente: Prof. Flavio Ausejo.

Miembro: Prof. Ismael Muñoz.

Asesor: Prof. Fabricio Franco.

DEDICATORIA:

*A Bertha y Albino, mis padres, a quienes les debo todo lo que soy, por ayudarme a construir mis sueños,
por estar siempre a mi lado y apoyarme con mucho cariño en cada momento de mi vida.*

*A Alessandra Nikole, mi única hija y principal motivación para luchar, por acompañarme y
regalarme sus sonrisas en éstos 7 años.*

A Mery, Omár, Luis, Márton y Joel, mis hermanos, por sus sabios consejos, apoyo y paciencia.

*Al Magíster Fabricio Franco Mayorga, mi asesor, por su inagotable paciencia. Hacia él, un sentimiento
especial, porque hizo nacer en mí la necesidad persistente de profundizar la teoría y la investigación,
espíritu crítico y compromiso con la realidad de nuestro país.*

*Al Magíster Ismael Muñoz Portugal, mi lector principal, por su tiempo y sus sabios consejos en la
perfección del trabajo, buen amigo y buen maestro.*

*A mis amigos por su apoyo incondicional, especialmente al Dr. Mauro Reyes, al Dr. Juan Yafac, a la
Obst. Giovanna Casavilca, los mejores amigos que pude haber encontrado.*

...y a la comunidad de Huaycán, mi inspiración.

ÍNDICE

	PÁGINA
CARÁTULA	
ÍNDICE	I
LISTA DE CUADROS	V
LISTA DE ORGANIGRAMA	V
LISTA DE FIGURAS	V
LISTA DE DIAGRAMAS	V
LISTA DE GRÁFICAS	V
LISTA DE TABLAS	VI
SIGLAS MÁS USADAS	VIII
INFORMACIÓN ADICIONAL	X
PRESENTACIÓN	XI
RESUMEN EJECUTIVO	XIII
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	18
CAPÍTULO II	
UNA APROXIMACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DEL ADOLESCENTE	
2.1 Políticas públicas en salud del adolescente: visión integral.....	29
2.1.1 Los nuevos adolescentes.....	30
2.1.2 Contexto histórico de la edad adolescente.....	31
2.1.2.1 Adolescentes en el contexto mundial.....	31
2.1.2.2 Adolescentes en el contexto nacional.....	32
2.1.3 Adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos.....	33
2.1.3.1 Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de los adolescentes en el mundo e importancia de ejercer los DSR de los adolescentes.....	34
2.1.3.2 Los DSR del adolescente en Perú.....	35
2.1.3.3 ¿Cuál es la importancia de ejercer los DSR de los/las adolescentes?.....	35
2.2 Condicionantes claves de las políticas públicas en salud del adolescente: calidad de atención en los servicios del PSSR.....	37
2.2.1 Análisis del contexto de calidad: mejorando la calidad de los servicios del PSSR de los/las Adolescentes.....	37
2.2.2 Análisis conceptual de la calidad de los servicios de salud.....	41
2.2.2.1 Factores determinantes en el uso de los servicios de salud.....	42
a) Factores de la usuaria(o).....	42
b) Factores de los servicios de salud.....	43
b.1 los y las profesionales en el proceso de atención.....	44
b.2 la institución hospitalaria en el proceso de atención.....	45
c) Factores de mecanismos de coordinación con los aliados estratégicos. Análisis de los stakeholders.....	45
2.2.2.2 Medición del impacto de la calidad de los servicios de salud.....	47
2.2.3 El tema de calidad: un tema de debate y compromiso.....	48
2.2.3.1 Calidad en los servicios de salud del MINSA.....	48
2.2.3.2 Calidad en salud sexual y reproductiva.....	50
2.2.3.3 Contenidos de calidad de un servicio de SSR de adolescentes.....	51

2.3	Análisis de políticas públicas en salud del adolescente concerniente a la SSR.....	53
2.3.1	Análisis de contexto.....	53
2.3.1.1	La SSR en el contexto internacional.....	53
2.3.1.2	La SSR en el contexto nacional.....	55
2.3.2	Antecedentes históricos de la evolución de la SSR en Perú.....	57
2.3.3	Análisis conceptual de la salud sexual y reproductiva.....	66
2.3.3.1	¿Qué entendemos por salud sexual?.....	66
2.3.3.2	¿Qué entendemos por salud reproductiva?.....	69
2.3.4	La SSR y su impacto en la salud pública.....	70
2.3.5	Responsabilidades éticas y sociales de los derechos sexuales y reproductivos.....	72

CAPÍTULO III

MARCO DE ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS/LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN. PERÍODO DEL 2005 AL 2008.

3.1	Análisis de antecedentes históricos del tema en estudio: estudios internacionales y nacionales sobre el PSSR de adolescentes.....	74
3.1.1	Estudios internacionales.....	74
3.1.2	Estudios nacionales.....	75
3.2	Análisis de marco normativo y sobre el ejercicio de los DSR.....	76
3.2.1	Marco normativo internacional.....	77
3.2.2	Marco normativo nacional.....	80
3.2.3	Marco institucional.....	83
3.3	Análisis situacional de la población en estudios: el Hospital de Huaycán.....	84
3.3.1	Historia de la población de Huaycán.....	84
3.3.1.1	Presencia del PCP-SL.....	85
3.3.1.2	Movilizaciones.....	86
3.3.1.3	La comunidad de los 90.....	86
3.3.1.4	El rol de la iglesia católica.....	87
3.3.1.5	Miras al sector salud.....	87
3.3.2	El entorno demográfico, económico, social y geográfico.....	88
3.3.2.1	Entorno demográfico.....	88
3.3.2.2	Entorno económico.....	90
3.3.2.3	Entorno social.....	91
3.3.2.4	Entorno geográfico.....	94
3.3.3	El Hospital de Huaycán.....	96
3.3.3.1	Organización del Hospital de Huaycán.....	97
3.3.3.2	Visión y misión del Hospital de Huaycán.....	97
3.3.3.3	Organigrama del Hospital de Huaycán.....	98
3.3.3.4	Servicios que presta a la comunidad de Huaycán.....	99
3.3.3.5	Recursos humanos del hospital de Huaycán.....	100
3.4	Análisis situacional del PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán. período del 2005 al 2008.....	102
3.4.1	Perú: programas y prioridades de salud.....	102
3.4.1.1	Misión, objetivos y metas del PSSR.....	105
3.4.1.2	Estrategias y líneas de acción del PSSR.....	106
3.4.2	Análisis situacional del Hospital de Huaycán vs. sedes de la DISA IV, Lima este. Período del 2005 al 2008.....	106
3.4.2.1	Análisis de atenciones vs. atendidos entre el 2005 al 2008 – DISA IV, Lima este: PSSR.....	107
3.4.2.2	Análisis de producción de servicios de las distintas sedes de DISA IV, Lima Este; PSSR 2008 (Programa materno perinatal y Planificación familiar).....	112
3.4.3	Huaycán: PSSR de adolescentes. período del 2005 al 2008.....	114
3.4.3.1	Programa de salud materna peri natal (CPN, PAP, partos y casos de abortos).....	116
3.4.3.2	Programa de planificación familiar.....	120
3.4.3.3	Programa preventivo de ITS, VIH/ SIDA.....	123
3.4.3.4	Programa de control de la lucha de Cáncer de cuello uterino.....	123
3.4.3.5	Otras estadísticas: morbilidad y mortalidad de emergencia.....	123

3.5	Análisis de actores y/o aliados estratégicos en la comunidad de Huaycán.....	125
3.5.1	Las instituciones del estado y la sociedades civil en el país.....	125
3.5.2	¿Porqué y para qué las alianzas políticas?.....	127
3.5.3	¿Tienen los adolescentes la oportunidad de interrelacionarse con sociedades civiles?.....	127
3.5.4	Presencia de la mesa de concertación en Huaycán.....	127
3.5.5	Redes locales y redes juveniles en Huaycán.....	129

CAPITULO IV

RESULTADO POR OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PERSPECTIVAS ADOLESCENTE+PROVEEDOR+SOCIEDAD CIVIL

4.1.	Resultados del Objetivo 1: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva Usuario(a)/ No usuario (a).....	130
4.1.1	Datos generales de adolescentes.....	130
4.1.2	Nivel de conocimientos de los/las adolescentes sobre SSR.....	133
4.1.3	Actitudes de los/las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva.....	137
4.1.4	Nivel de satisfacción de adolescentes sobre calidad de atención.....	141
4.2.	Resultados del Objetivo 2: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva del proveedor(a) de la salud.....	142
4.2.1	Datos generales de los y las proveedoras(es) de salud.....	142
4.2.2	Nivel de conocimientos sobre el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes del Hospital de Huaycán.....	144
4.2.3	Percepción de profesionales de salud sobre adolescentes del programa de salud sexual y reproductiva del Hospital Huaycán.....	147
4.3.	Resultados del Objetivo 3: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva de la sociedad civil.....	148
4.3.1	Información de datos personales de los responsables de la Sociedad Civil de la comunidad de Huaycán.....	149
4.3.2	Percepción de los/las especialistas de la Sociedad Civil de la comunidad de Huaycán.....	149

CAPITULO V

EVALUACIÓN DE RESULTADO POR OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PERSPECTIVAS ADOLESCENTE+PROVEEDOR+SOCIEDAD CIVIL

5.1	Evaluación de resultados del Objetivo 1: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva Usuario(a)/ No usuario (a).....	152
5.1.1	Aspectos generales.....	152
5.1.1.1	Información personal de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán.....	153
5.1.1.2	Nivel de Conocimientos de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán.....	154
5.1.1.3	Actitudes sobre SSR de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán.....	156
5.1.1.4	Nivel de satisfacción de usuarios(as)/no usuarios(as) del PSSR del Hospital de Huaycán.....	157
5.1.2	Principales Aciertos.....	159
5.1.3	Principales Desaciertos.....	159
5.2	Evaluación de resultados del Objetivo 2: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva del proveedor(a) de la salud.....	161
5.2.1	Aspectos Generales.....	163
5.2.1.1	Evaluación de la información de datos personales de los proveedores de la salud del Hospital de Huaycán.....	163
5.2.1.2	Evaluación de conocimientos y manejo de protocolos de atención del PSSR.....	164
5.2.1.3	Evaluación de las perspectivas de los/las proveedores (as) de la salud sobre temas de SSR en adolescentes de Huaycán.....	165
5.2.2	Principales Aciertos.....	170
5.2.3	Principales Desaciertos.....	171
5.3	Evaluación de resultados del Objetivo 3: el programa de salud sexual y reproductiva de	

adolescentes desde la perspectiva de las sociedades civiles.....	172
5.3.1 Aspectos Generales.....	173
5.3.1.1 Evaluación de la información de datos personales de los responsables de la sociedad civil de la comunidad de Huaycán.....	174
5.3.1.2 Evaluación de las perspectivas de los responsables de la sociedad civil sobre temas de SSR en adolescentes de Huaycán.....	174
5.3.2 Principales Aciertos.....	178
5.3.3 Principales Desaciertos.....	179

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones generales	180
6.1.1 Desde la perspectiva de los y las adolescentes.....	180
6.1.2 Desde la perspectiva de proveedores(as) de la salud.....	181
6.1.3 Desde la perspectiva de la sociedad civil.....	182
6.2 Conclusiones específicas.....	184
6.3 Recomendaciones.....	185
6.3.1 Garantizando el ejercicio de los DSR por parte del Estado y de la Sociedad civil	185
6.3.2 Mejorando programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.....	186
6.3.3 Recomendaciones finales.....	186

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	188
BIBLIOGRAFIA.....	197

ANEXOS

ANEXO 1: Cuestionario sobre Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes.....	212
ANEXO I-A: Respuestas de Conocimientos aplicada a adolescentes.....	214
ANEXO I-B: Respuestas de Actitudes aplicada a adolescentes.....	214
ANEXO 2: Entrevista aplicada a Proveedores de la Salud.....	215
ANEXO 2-A: Respuestas a preguntas sobre Manejo de Protocolo de Consejería en SSR.....	217
ANEXO 3: Guía de entrevista dirigida a Socios Estratégicos Locales.....	218
ANEXO 4: Percepción de profesionales de la salud sobre los/las adolescentes del PSSR del Hospital de Huaycán.....	219
ANEXO 5: Percepción de especialistas de la sociedad civil de la comunidad de Huaycán.....	233
ANEXO 6: Indicadores de Calidad. Usuario-Proveedor.....	242
ANEXO 7: Objetivos estratégicos institucionales e Indicadores para el periodo 2008 – 2011.....	243
ANEXO 8: DISA IV-Lima Este y sus jurisdicciones.....	244
ANEXO 9: Elementos del código de la niñez y adolescencia que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.....	247
ANEXO 10: Concepto teórico de los Principios de Calidad.....	249
ANEXO 11: Agenda de los derechos de los/las adolescentes.....	250

FOTOS

FOTO 1: Plaza principal de Huaycán.....	251
FOTO 2: Interiores del Hospital de Huaycán.....	251
FOTO 3: Prolongaciones de zonas asentadas en estos últimos años en Huaycán 1.....	252
FOTO 4: Prolongaciones de zonas asentadas en estos últimos años en Huaycán 2.....	252
FOTO 5 al 8: Fotos de Huaycán y adolescentes, tomadas el 16-10-2009.....	253

MAPAS

MAPA 1: Comunidad de Huaycán.....	255
-----------------------------------	-----

ÍNDICE DE CUADROS/DIAGRAMAS/GRÁFICOS /FIGURAS Y TABLAS

CUADROS

Cuadro N° 01: Fichas técnicas de ámbito de estudio.....	24
Cuadro N° 02: Derechos sexuales y reproductivos.....	34
Cuadro N° 03: Efectos de la no inversión en SR y sus consecuencias en Adolescentes y las familias.....	36
Cuadro N° 04: Agenda de derechos de adolescentes.....	37
Cuadro N° 05: El servicio de calidad.....	40
Cuadro N° 06: Definición y Visión de Calidad.....	50
Cuadro N° 07: Pautas para la evaluación del modelo de los servicios.....	51
Cuadro N° 08: Pautas para evaluación de la organización de los servicios.....	52
Cuadro N° 09: Gestión de servicios.....	52
Cuadro N° 10: Mejores prácticas en la utilización de metodologías e instrumentos de evaluación.....	52
Cuadro N° 11: Enfoques de la promoción de la salud y la educación para la salud en la sociedad civil...	68
Cuadro N° 12: Principales Actividades Económicas.....	91
Cuadro N° 13: Instituciones educativas en Huaycán.....	92
Cuadro N° 14: Materiales predominante en las viviendas.....	92
Cuadro N° 15: Servicios básicos, pobreza y hacinamiento.....	93
Cuadro N° 16: Servicios Básicos de hogares.....	93
Cuadro N° 17: Características Climatológicas.....	94
Cuadro N° 18: Aspectos Demográficos.....	94
Cuadro N° 19: Riesgo de Localización.....	95
Cuadro N° 20: Visión y Misión del Hospital de Huaycán.....	97
Cuadro N° 21: Cartera de servicios del Hospital de Huaycán.....	99
Cuadro N° 22: Criterios de Análisis.....	150

ORGANIGRAMA

Organigrama del Hospital de Huaycán.....	98
--	----

FIGURAS

Figura N° 01: Los 4 fundamentos de la calidad de atención.....	38
Figura N° 02: Plan de acción.....	39
Figura N° 03: Beneficios de un programa.....	39
Figura N° 04 Participantes de las Políticas Públicas.....	46
Figura N° 05 Modelo conceptual del PSSR.....	49
Figura N° 06 Modelo de calidad del PSSR.....	49

DIAGRAMAS

Diagrama N° 01: Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según instrucción)....	54
Diagrama N° 02: Embarazo en Adolescentes.....	61
Diagrama N° 03: Tasa de mortalidad materno-infantil.....	64

GRÁFICAS

Gráfica N° 1 Pirámide poblacional 2005.....	89
Gráfica N° 2 Pirámide poblacional 2015.....	89
Gráfica N° 3: Pirámide poblacional.....	90
Gráfica N° 4: Población asignada-DISAIV- 2005 al 2008.....	106
Gráfica N° 5: Población Adolescente asignada-Huaycán- 2005 al 2008.....	107
Gráfica N° 6: Análisis de Atendidos en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.....	108
Gráfica N° 7: Análisis de Atenciones en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.....	108
Gráfica N° 8: Atendidos en Hospitales de DISA IV- lima este 2005 al 2008.....	108
Gráfica N° 9: Análisis de Adolescentes Atendidos (10-14 años) en DISA IV-2005 al 2008.....	109

Gráfica N° 10: Análisis de Atenciones en Adolescentes (10-14 años) en DISA IV-2005 al 2008.....	109
Gráfica N° 11: Análisis de Adolescentes Atendidos (15-19 años) en DISA IV-2005 al 2008.....	110
Gráfica N° 12: Análisis de Atenciones en Adolescentes (15-19 años) en DISA IV-2005 al 2008.....	110
Gráfica N° 13: Abortos y Partos atendidos en el Hospital de Huaycán, entre el 2005 al 2008.....	119
Gráfica N° 14: Abortos y Partos atendidos en Adolescentes en el Hospital de Huaycán, 2005 al 2008...	119
Gráfica N° 15: Métodos de Planificación Familiar en DISA IV, entre el 2005 al 2008.....	122
Gráfica N° 16: Morbilidad General en Emergencias del Hospital de Huaycán- 2005 al 2008.....	123
Gráfica N° 17: Nivel de Conocimientos y las Actitudes en SSR.....	134
Gráfica N° 18: Condición de Atención y el Nivel de Conocimientos sobre SSR.....	135
Gráfica N° 19: Sexo y el Nivel de Conocimientos sobre SSR.....	136
Gráfica N° 20: Edad y Nivel de Conocimientos sobre SSR”.....	137
Gráfica N° 21: Condición de Atención y la Actitud en SSR.....	137
Gráfica N° 22: El Sexo y la Actitud en SSR.....	138
Gráfica N° 23: La Edad y la Actitud en SSR.....	139

TABLAS

Tabla N° 01: Población actual y estimada por sexo según grupo etáreo, Hospital de Huaycán, 2005-2015.....	88
Tabla N° 02: Población del Hospital de Huaycán II-1.....	89
Tabla N° 03: Recursos Humanos del Hospital de Huaycán.....	101
Tabla N° 04: Población general asignada para las jurisdicciones de DISA IV. Período 2005 al 2008....	107
Tabla N° 05: Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2005.....	109
Tabla N° 06: Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2006.....	110
Tabla N° 07: Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2007.....	111
Tabla N° 08: Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2008.....	111
Tabla N° 09: Población materna peri natal en sedes de DISA IV, lima este. Año 2008.....	112
Tabla N° 10: Evaluación de usuarias de MAC en las sedes de DISA IV, Lima este. Año 2008.....	113
Tabla N° 11: Evaluación de usuarias adolescentes de MAC en las sedes de DISA IV, Lima este. 2008.	113
Tabla N° 12: Población asignada al Hospital de Huaycán del 2005 al 2008.....	115
Tabla N° 13: Gestantes atendidas (I CPN) en el HH entre los años del 2005 al 2008.....	116
Tabla N° 14: Control Prenatal en el Hospital de Huaycán desde el 2005 al 2008.....	117
Tabla N° 15: Atenciones de gestante y Papanicolau en el HH, del 2005 al 2008.....	117
Tabla N° 16: Partos institucionales en Huaycán desde los años 2005 al 2008.....	118
Tabla N° 17: Abortos en el Hospital de Huaycán. 2005 al 2008.....	118
Tabla N° 18: Relación del Número de abortos y partos atendidos en el HH entre el 2005 al 2008.....	119
Tabla N° 19: Insumos y Atenciones de Planificación Familiar entre el 2005 al 2008.....	120
Tabla N° 20: Métodos de Planificación Familiar entre el 2005 al 2008.....	122
Tabla N° 21: Morbilidad general de Emergencias del Hospital de Huaycán.....	124
Tabla N° 22: Muerte registrado por servicio en el Hospital de Huaycán.....	124
Tabla N° 23: Frecuencias y porcentajes de adolescentes usuarios (as) usuarios (as) del PSSR del Hospital de Huaycán según su grado de estudio, edad y sexo.....	131
Tabla N° 24: Frecuencias y % de Adolescentes según edad, dependencia económica y lugar de Nacimiento.....	132
Tabla N° 25: Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes según la situación civil y la relación afectiva de los padres.....	133
Tabla N° 26: Recepción de información de los y las adolescentes sobre SSR.	133
Tabla n° 27: Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según Nivel de conocimientos sobre SSR.....	133
Tabla n° 28: Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según las Actitudes en SSR.....	134
Tabla n° 29: Frecuencias y porcentajes de los/las adolescentes según el Nivel de Conocimientos y las Actitudes en SSR.....	134
Tabla n° 30: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la condición de Atención y el Nivel de Conocimientos sobre SSR.....	135
Tabla n° 31: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según el Sexo y el Nivel de Conocimientos sobre SSR.....	136
Tabla n° 32: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según Edad y Nivel de Conocimientos sobre SSR.....	136
Tabla n° 33: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la Relación entre la condición de Atención y la Actitud en SSR.....	137

Tabla n° 34: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según el Sexo y la Actitud en SSR.....	138
Tabla n° 35: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la Edad y la Actitud en SSR.....	138
Tabla n° 36: Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la procedencia de Información en SSR y el Nivel de Conocimientos sobre SSR.....	139
Tabla n° 37: Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según la procedencia de la Información y la Actitud en SSR.....	140
Tabla n° 38: Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según la Relación afectiva de los padres y la Actitud en SSR.....	140
Tabla n° 39: Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según el Estado civil de los padres y la Actitud en SSR.....	141
Tabla n° 40: Frecuencias y Porcentajes de Calidad de Atención en las y los adolescentes según el grado de Satisfacción y la relación entre la Condición de atención de los servicios del HH.....	141
Tabla n° 41: Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según Profesión, Edad y Sexo.....	142
Tabla N° 42: Frecuencias y porcentajes de proveedores de salud según años de trabajo como profesionales en general, como profesionales en el PSSR y los lugares de experiencia profesional.....	143
Tabla N° 43: Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según las capacitaciones recibidas entre 1994-2007 y en el 2008, además del tiempo de capacitación en temas de SSR para adolescentes.....	144
Tabla N° 44: Frecuencias y porcentajes de los/las proveedores según el Nivel de Conocimientos sobre el Manejo del PSSR para los y las adolescentes del Hospital de Huaycán.....	145
Tabla n° 45: Frecuencias y porcentajes de la edad de los/las proveedores(as) de la salud según el Nivel de conocimientos del protocolo de atención y manejo del PSSR de adolescentes.....	145
Tabla n° 46: Frecuencias y porcentajes del sexo de proveedores de la salud según el Nivel de conocimientos del protocolo de atención y el manejo del PSSR para adolescentes del Hospital Huaycán.....	146
Tabla n° 47: Frecuencias y porcentajes de Proveedores de la salud según la profesión y el Nivel de conocimientos del PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán.....	146
Tabla n° 48: Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según las capacitaciones y el Nivel de conocimientos del PSSR.....	147
Tabla n° 49: Frecuencias y porcentajes de Sociedad Civil según Profesión, edad y sexo de los especialistas.....	148
Tabla N° 50: Frecuencias y porcentajes de la Sociedad Civil según el tiempo de intervención como organizaciones en la zona de Huaycán.....	149

MCMXVII

SIGLAS

TERMINOLOGIA RELACIONADA A INSTITUCIONES INTERNACIONALES

- CIPD.-** Conferencia Internacional de población y desarrollo de El Cairo.
CCMM.- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing
CEDAW.- Convención por la eliminación de todas formas de discriminación contra la Mujer.
CEPAL.- Comisión económica para América latina.
JICA.- Agencia de cooperación internacional del Japón.
IWHC.- Coalición internacional de salud de las mujeres.
ODM.- Objetivos del milenio.
ONUDD.- Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito.
ONGs.- Organizaciones no Gubernamentales o que no pertenecen al gobierno.
ONUSIDA.- Fondo de naciones unidas para la lucha contra el SIDA.
OPS.- Organización panamericana de la salud.
RSMLAC.- Red de Salud de las Mujeres de Latino América y El Caribe.
UNFPA.- Fondo de población de las Naciones Unidas

TERMINOLOGIA RELACIONADA A INSTITUCIONES NACIONALES

- APRA.-** Alianza revolucionaria del partido aprista.
ASPEM.- Asociación de solidaridad para países emergentes.
CEDAP.- Centro de desarrollo y asesoría psicosocial.
CEM.- Centro de la emergencia de la Mujer.
CENDIPP.- Centro de investigación y promoción popular
CEPRODEP.- Centro de promoción y desarrollo poblacional.
CLAS.- Centros locales de Administración de Salud.
CONADES.- Consejo Nacional de Desarrollo Social. Esta constituido por ONGs que trabajan en desarrollo social en todo el Perú.
CONAJU.- Consejo Nacional de la Juventud. Tiene dos instancias: la Comisión Nacional de la Juventud (CNJ) y el Consejo de Participación Juvenil (CPJ).
CONTRAJO.- Plataforma de trabajo con jóvenes que reúne a organizaciones juveniles y ONGs que trabajan con jóvenes y participan en el CONADES.
C.S.- Centros de Salud.
CUAH.- Comunidad urbana autogestionaria de Huaycán.
DEMUNAS.- Defensorías Municipales de la Niñez y Adolescencia.
DISA IV.- Dirección de salud N° 04.
ENDES.- encuesta nacional de estadísticas de salud.
ESSALUD.- Entidad de seguridad social en salud. Depende del sector trabajo, pero en las normas de servicios de salud dependen del Ministerio de Salud.
FORO EDUCATIVO.- Asociación sin fines de lucro de la sociedad civil que reúne a los diversos actores de la educación en el Perú.
FORO SALUD.- Asociación sin fines de lucro de la sociedad civil que reúne a los diversos actores de la salud en el Perú.
GL.- Gobiernos locales
GR.- Gobiernos regionales.
HH.- Hospital de Huaycán.
IES.- Instituto de educación de salud.
INEI.- instituto nacional de estadística e informática.

INNOVANDO.- Instituto Peruano de Innovación de Políticas sociales.
MINEDU.- Ministerio de Educación.
MINSA.- Ministerio de Salud.
PP.- Política pública.
P.S.- Puestos de salud.
PUCP.- Pontificia Universidad católica del Perú.
RENIEC.- Registro nacional de identidad y estado civil.
SERUMS.- Servicio rural urbano marginal de salud.
SUTEP.- Sindicato único de trabajadores de la educación peruana.
UCV.- Unidades comunales vecinales

TERMINOLOGIA RELACIONADA A LA SSR

ASISHO.- Análisis situacional de salud de hospitales.
AOE.- Anticoncepción oral de emergencia.
AQV.- Anticoncepción quirúrgica voluntaria.
BTB.- Bloqueo tubárico bilateral (método AQV).
CPN.- Control prenatal
CaCu.- Cáncer de cuello uterino.
DIU.- Dispositivo intrauterino.
DSR.- Derechos sexuales y derechos reproductivos.
DR.- Derechos reproductivos.
DS.- Derechos sexuales.
EVS.- Estilos de vida saludable.
ITS.- Infecciones de transmisión sexual.
ITU.- Infecciones del tracto urinario.
MAC.- Métodos anticonceptivos.
MAIS.- Modelo de atención integral de salud.
MELA.- Método de Lactancia materna.
MEF.- Mujeres en edad fértil.
MM.- Mortalidad materna.
PAB.- Plan de atención básica.
PAP.- Papanicolau
PCMI.- programa de capacitación Materno infantil
PF.- Planificación familiar.
PNAIA.- Programa nacional de acción por la Infancia y la Adolescencia.
PAS.- Plan de atención de salud.
PPF.- Programa de planificación familiar.
PROMSA.- Promoción de la salud
PSSR.- Programa de salud sexual y reproductiva.
RN.- Recién nacido.
SSR.- Salud sexual y reproductiva.
SIS.- Sistemas integrales de salud.
TMM.- Tasa de mortalidad materna.
TF.- Tasa de fecundidad.
VIH/SIDA.- Virus de inmuno deficiencia humana/ Síndrome de inmuno deficiencia adquirida.

OTROS

PCP-SL.- Partido comunista peruano- Sendero luminoso.
CT.- Calidad total.

Estructura política del Estado Peruano

Número de Gobiernos Regionales: 26

Provincias: 194 provincias.

Distritos: 1828

Centros poblados: 69,951.

Datos de Población

Total de Peruanos: 27'219,264 - INEI, Censo 2005.

Porcentaje de Peruanos que viven en situación de pobreza: 54.8%

Población en situación de pobreza, de 10-14 años: 66.9%

Población en situación de pobreza, de 15 – 19 años: 56.6%

Población nacional en situación de extrema pobreza: 24.4%

Población en situación de extrema pobreza, de 10 – 14 años: 33.7%

Población en situación de extrema pobreza, de 15 – 19 años: 23.2%

Datos de Huaycán

Población total de habitantes: 147,729¹ habitantes con un área urbana de 576,696 hectáreas.

Población total asignada al Hospital de Huaycán al 2008: 92,634² habitantes.

Población total de adolescentes al 2008: 16612

Total de Adolescentes de 10-14 años: 8245

Total de Adolescentes de 15-19 años: 8367

Total de adolescentes sexo masculino de 10-14 años: 4097

Total de adolescentes sexo masculino de 15-19 años: 4157

Total de adolescentes sexo femenino de 10-14 años: 4148

Total de adolescentes sexo femenino de 15-19 años. 4209

Huaycán tiene un 60.7% de población pobre y un 17% de población en pobreza extrema³.

¹ Fuente de la unidad de estadística del Hospital de Huaycán (incluye Huaycán-H. Cevallos y Señor de los Milagros).

² Que por disposiciones de DISA IV-Lima este, desde el 2008 las jurisdicciones de Horacio Cevallos y Señor de los Milagros se integran a la microrred de santa clara. Quedando el Hospital de Huaycán como jurisdicción autónoma.

³ Informe censo 2005- INEI - Perú.

PRESENTACIÓN

El trabajo de investigación es sobre la Gestión Pública de las Políticas de Salud en Adolescentes, donde específicamente se va a hacer un análisis exhaustivo del programa de salud sexual y reproductiva (PSSR) orientado a la Mejora de la Calidad de Atención de los servicios del Hospital de Huaycán, bajo tres perspectivas: la primera es desde la perspectiva de los/las adolescentes, la segunda es desde la perspectiva de los/las proveedores de la salud, y la tercera es desde la perspectiva de la sociedad civil.

El estudio data desde el año 2005 al año 2008, donde se busca medir los out comes (impacto de un programa) y los indicadores a evaluar son los de eficacia y los de calidad. Es decir medir ¿cuánto se ha hecho? Y ¿qué tan bien se hizo?. Y la conclusión a la que se llega, es que el PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán no presenta adecuados factores protectores, pues hay regular conocimiento y manejo insuficiente de protocolos de atención sobre el PSSR por parte de los proveedores de la salud, los que a su vez repercuten en los conocimientos y actitudes de las/las adolescentes del programa, y que además se ven afectados por la ausencia de mecanismos de coordinación entre el MINSA y la sociedad civil; dificultando la mejora de la calidad de atención de los servicios del PSSR en adolescentes de esta localidad. En general, el trabajo de investigación está organizado en seis capítulos.

En el capítulo I, se busca explicar en forma introductoria el plan de tesis, por ello se enfoca básicamente una visión panorámica de la tesis. Se describe la justificación e importancia del problema, el objetivo general y los objetivos específicos del problema, el planteamiento del problema mismo, la hipótesis general, la descripción de los diversos instrumentos empleados y finalmente, se describe la metodología aplicada en el trabajo de investigación.

En el capítulo II, se ofrece los contenidos teóricos del trabajo de investigación, el cual se divide en 3 temas. Primero, trata sobre las políticas públicas en salud del adolescente: visión integral. Segundo, respecto a los condicionantes claves de las políticas públicas en salud del adolescente: calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Y tercero, sobre el análisis de las políticas públicas en salud del adolescente concerniente a la SSR, donde, se desarrolla temas sobre: los nuevos adolescentes, revisando el contexto histórico nacional y mundial; luego se describe los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional e internacional, y se trata de responder a ¿cuál es la importancia de ejercer los DSR de los/las adolescentes?

Luego, se hace un breve análisis del contexto de calidad: mejorando la calidad de los servicios de SSR de adolescentes y el análisis conceptual de la calidad de los servicios de salud, donde se explica conceptualmente los puntos claves del trabajo. Los factores determinantes en el uso de los servicios de salud: los factores de la usuaria(o), factores de los servicios de salud (los profesionales en el proceso de atención, la institución hospitalaria en el proceso de atención), y los factores de mecanismos de coordinación con los aliados estratégicos, donde se enfoca el análisis de los stakeholders.

Asimismo, se plantea una medición del impacto de la calidad de los servicios de salud; y se aborda el argumento de calidad. Primero, trata sobre un tema de debate y compromiso, explicándose aspectos de calidad en los servicios de salud del MINSA. Luego, trata sobre la calidad en salud sexual y reproductiva y el planteamiento de un ejemplo de contenidos de calidad de un servicio de SSR de adolescentes. Y en el tercer tema se desarrolla el análisis de políticas públicas en salud del adolescente, concerniente a la SSR. A lo que se trata, el análisis de contexto a nivel nacional e internacional; revisión de los antecedentes históricos de la evolución de la SSR en Perú con un breve análisis conceptual de la salud sexual y reproductiva Y busca responder a preguntas como: ¿qué entendemos por salud sexual?, ¿qué entendemos por salud reproductiva? e indicar la SSR y su impacto en la salud pública Se concluye con la descripción de las responsabilidades éticas y sociales de los derechos sexuales y reproductivos.

En el capítulo III, se ofrece un análisis del programa de salud sexual y reproductiva (PSSR), el cual se desarrolla en 5 temas. En el primer tema se aborda los antecedentes históricos sobre los casos estudiados y sistematizados en el PSSR a nivel internacional y nacional. En el segundo tema se analiza el marco normativo, relacionado a los instrumentos que aseguran el cumplimiento del PSSR tanto a nivel nacional, internacional como institucional (Huaycán). En el tercer tema se analiza el lugar de estudio: el Hospital de Huaycán, sobre todo lo concerniente a sus orígenes, formación y organización institucional. En el cuarto tema, ya se desarrolla, un análisis situacional del PSSR del Hospital de Huaycán desde el año 2005 al 2008, comparándolo con el resto de sedes de la DISA IV- Lima este, jurisdicción a la que pertenece y luego a nivel local, enfocando los diversos programas estipulados en SSR, según Lineamientos de políticas de salud del MINSA. Y finalmente, en el quinto tema se enfoca el análisis de actores y/o aliados estratégicos que participan y/o no participan en la comunidad de Huaycán.

En el capítulo IV, ya se ofrece el “trabajo de campo”, las mismas que se expresan a través de las encuestas y las entrevistas aplicadas en la zona. Se presenta los resultados del trabajo aplicado desde las tres perspectivas: desde las perspectivas del usuario(a) adolescente, desde las perspectivas del proveedor(a) de salud y desde las perspectivas de los aliados estratégicos ó sociedad civil. En el capítulo V, se presenta un análisis y discusión de los resultados, tomando como pautas los aciertos y los desaciertos, para evaluar el programa de salud sexual y reproductiva. Y en el capítulo VI, se extiende las conclusiones y las recomendaciones y/o sugerencias, respectivamente, para el programa de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del Hospital de Huaycán.

El trabajo articulado y dinámico entre los diversos actores sociales y productivos; instituciones privadas, ONGs y comunidad organizada, entre gobiernos nacionales y subnacionales y entre la Institución Hospitalaria proveedora de la salud del PSSR de Huaycán, ha sido enriquecido con los aportes valiosos de los diversos profesionales muy calificados en la materia de estudio.

Finalmente, se espera que el trabajo de investigación sea una propuesta que motive e inspire a la reflexión de cada uno de nosotros, sobre la actitud que se debe de adoptar en la promoción y protección del derecho a la vida y los derechos sexuales y reproductivos de nuestros adolescentes peruanos.

RESÚMEN

La investigación es un estudio descriptivo, comparativo, longitudinal, aplicada y que comprende además el levantamiento de información mediante el empleo de técnicas de tipo cualitativo (entrevistas individuales) y cuantitativo (encuesta), a realizarse en el Hospital de Huaycán. Estudio analítico que va desde el año 2005 al 2008, con una población de adolescentes de 19.25%, además de tener un promedio de 23.46% de embarazos precoces y 16.77% de abortos en adolescentes, por año. Los principales problemas en adolescentes identificados en Huaycán son: 1ro. Embarazos precoces, 2do. Abortos, 3ro. ITS y 4to. Desconocimiento, temores y prejuicios en el uso de métodos anticonceptivos. Siendo el objetivo general evaluar los medios que influyen en la calidad de atención de los servicios del PSSR de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán; desde las perspectivas del adolescente, del proveedor de salud y de la sociedad civil. El cuestionario sobre SSR se realizó a 20 adolescentes usuarios(as) y no usuarios(as) entre 15 a 19 años, que acudieron al PSSR del Hospital de Huaycán; encontrándose: que hay relación entre el nivel medio (55%) a bajo (45%) de conocimientos con las actitudes indiferentes (50%) de los/las adolescentes sobre su SSR. Y el grado de satisfacción es calificado por los/las adolescentes, de grado regular (55%) a insatisfacción (40%) sobre la atención recibida en las consultas. Por otro lado, en el cuestionario de la entrevista personalizada, aplicada a 13 a proveedores de la salud, se encontró que: el Nivel de Conocimientos y Manejo de protocolos de atención del PSSR de los proveedores/as de la salud es de medio (76.92%) a bajo (23.08%). Y en el cuestionario de la entrevista personalizada, aplicada a los 10 especialistas de la sociedad civil, se encontró que: no hay coordinación entre el MINSA y la sociedad civil. Conclusión: el PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán no presenta adecuados factores protectores, pues hay regular conocimiento y manejo insuficiente de protocolos de atención sobre el PSSR por parte de los proveedores de la salud, los que a su vez repercuten en los conocimientos y actitudes de las/los usuarias/os adolescentes del programa, y que además se ven afectados por la ausencia de mecanismos de coordinación entre el MINSA y la sociedad civil; dificultando la mejora de la calidad de atención de los servicios del PSSR en adolescentes de esta localidad.

Palabras claves: Gestión Pública de Políticas de Salud en Adolescentes/Programa de Salud Sexual y Reproductiva/Hospital del MINSA.

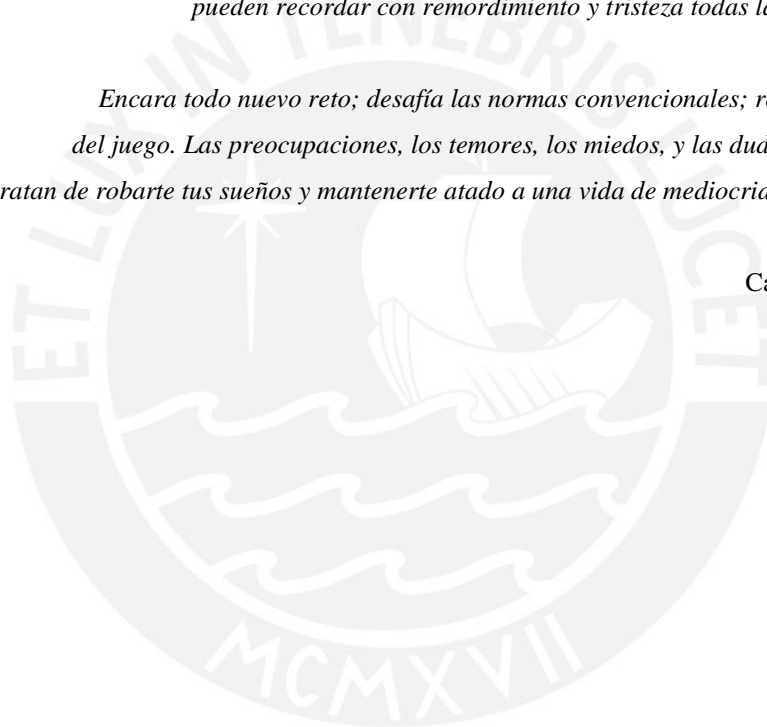
“Si usted siente que es demasiado pequeño como para poder cambiar algo, intente dormir con un mosquito....y ya verá entonces quien impide dormir a quien”.

El Dalai Lama.

“En el juego de la vida ó eres jugador ó eres espectador. Los triunfadores son más que simples participantes, ellos están totalmente comprometidos con sus objetivos. Ellos no buscan excusas, ya que saben que sus amigos no las necesitan y sus enemigos no las crearán de todas maneras....No permitas que la vida te pase de largo, libérate...y cuídate de no engrosar las filas de aquellos que en la postrimería de sus vidas solo pueden recordar con remordimiento y tristeza todas las oportunidades perdidas.

Encara todo nuevo reto; desafía las normas convencionales; rompe las reglas del juego. Las preocupaciones, los temores, los miedos, y las dudas solo..... tratan de robarte tus sueños y mantenerte atado a una vida de mediocridad”.

Camilo Cruz, Ph.D.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

“El mundo es un lugar magnífico por el cual vale la pena luchar”.
*Ernest Hemingway, Por quien suenan las campanas*⁴.

El presente documento de investigación analiza el programa de salud sexual y reproductiva⁵ de adolescentes orientado en la mejora de la calidad de atención de los servicios del Hospital de Huaycán, a través de tres perspectivas. La primera es desde la perspectiva de adolescentes, la segunda perspectiva es desde los/las proveedores de salud, y la tercera perspectiva es desde la sociedad civil; teniendo como sede principal al Hospital local de Huaycán I. Estudio que va desde el año 2005 al año 2008.

Una política pública no sólo es argumento persuasivo o razonamiento sino también es un arte. Significa esto que, el análisis de las políticas no se puede realizar competentemente, ni emplear con propiedad, sin una apreciación de su aspecto artesanal ó artístico. Y es por ello que se entiende que, la conclusión de un estudio de políticas puede ser un pronóstico, una recomendación, una evaluación de los programas vigentes, una propuesta nueva ó una perspectiva diferente sobre un problema antiguo. Y es por ello que en el estudio de investigación se pretende entender como se comporta efectivamente el programa, si logra lo que se busca, y en caso contrario, como puede mejorarse ó cancelarse. En realidad, los valores y las opiniones cuentan mucho en la evaluación, y es por ello que la evaluación de un resultado particular depende de los supuestos y criterios adoptados por el evaluador⁶. Por tanto, el presente trabajo de investigación busca medir los out comes (impacto de un programa) y los indicadores a evaluar son los de eficacia y los de calidad. Es decir medir ¿cuánto se ha hecho? Y ¿qué tan bien se hizo?⁷

⁴ Mencionado en “Responsabilidad social y ambiental: el compromiso de los actores económicos”. Una guía para promover la ética y el desarrollo sustentable. Coordinado por Vincent Commenne. 2006. Análisis y aportes de Ismael Muñoz Portugal, Magister en economía, investigador en temas de desarrollo y política económica y social. PUCP.

⁵ Los retos para aplicar el concepto de salud sexual y reproductiva están relacionadas con la multiculturalidad, etnicidad, condición de género, situación económica, ubicación geográfica y desarrollo de los diferentes sistemas de salud.

⁶ Argumento de Giandoménico Majone. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas: el análisis como argumento” Colegio Nacional de ciencias políticas y administración pública, A.C. México, 1989.

⁷ WAISSBLUTH, Mario. “La Reforma del Estado en América Latina: Zanahorias, garrotes, sermones y la medición de su impacto”. Guía abreviada para exploradores en la jungla. Polis. Programa Latinoamericano de gerencia Pública. Chile, diciembre del 2002.

Tradicionalmente los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud han estado enfocados en la oferta, a través del aprovisionamiento de suministros, equipamiento y fortaleciendo las competencias y habilidades de los proveedores(as) de salud a nivel técnico y de consejería. Es por ello que la experiencia de “Stronger voices for reproductive health”⁸ me llama sobremanera la atención su propuesta, que consiste en integrar a las y los usuarios, es decir a “la demanda”, como un actor esencial para el mejoramiento continuo de la calidad.

El modelo de calidad que propone la investigación acerca a proveedores (as) de salud y a los/las usuarios (as) adolescentes a través de un diálogo respetuoso. De esta manera identifican prioridades y desarrollan estrategias conjuntas para mejorar los servicios y sus prácticas en salud sexual y reproductiva. En tal sentido, esta propuesta empodera a usuarios(as) adolescentes brindándoles una gran fuerza para asegurar que los pasos de mejora de la calidad en salud sexual y reproductiva sean dados. Y es así que, la investigación evidenciará que el mejoramiento de la SSR de los/las adolescentes es responsabilidad compartida de todos los actores sociales. Esta perspectiva en la que se fortalecen y articulan diferentes sectores (público, privado y sociedad civil) para comprender y orientar un nuevo modelo de desarrollo en salud, se encuentra en las bases de los mandatos planteados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)⁹ realizada en El Cairo.

En lo que respecta a la identificación de la participación de los aliados estratégicos de la comunidad de Huaycán en el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes; y dado que nadie conoce mejor que los propios interesados, que cosas le favorecen y que cosas los perjudican, la mejor manera de identificar a los involucrados, beneficiados y perjudicados, es preguntando. Todas las políticas se debieran hacer en diálogo con la sociedad, cuyos miembros debieran participar tanto en el diseño como en el proceso político de la aprobación y la implementación, pues es en el diálogo con los distintos componentes de la sociedad, en que se pueden conocer quienes son los involucrados. El objetivo de las alianzas es el principio de ayuda mutua, porque es una manera de influenciar sobre la sociedad. El análisis de los involucrados ofrece información ordenada y clasificada sobre las posibles acciones de los afectados que es útil para la toma de decisiones, pero no sustituye a la discreción y buen juicio de quienes la toman¹⁰. Al respecto, en lo que a mí me concierne en el presente trabajo de investigación; es realizar un “mapeo de actores” de los involucrados y los no involucrados de la comunidad, en su relación con la problemática de adolescentes del Programa de salud sexual y Reproductiva del Hospital de Huaycán.

Mencionado en la clase de Políticas y Sociedad Civil del profesor Flavio Ausejo, Catedrático de la Escuela de Gobierno. PUCP. 2008.

⁸ Proyecto liderado por el fondo de población de las Naciones unidas (UNFPA)- 2001, donde Perú (San Juan de Irujancho lima, ayacucho y ucayali) fue el único país de Latinoamérica seleccionado para participar en la experiencia del tema de calidad en salud sexual y reproductiva así como la existencia de espacios de concertación entre los distintos aliados comprometidos con la SSR.

⁹ En el año 1994, se llevó a cabo la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD) en la ciudad de El Cairo, donde se acordó que la población y desarrollo están indisolublemente unidos y que al dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de las personas en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, son necesarios para el avance individual y el desarrollo sostenible. La CIPD adoptó un programa de acción a 20 años. En este programa se especifican un conjunto de metas concretas que todos los países se comprometen a conseguir, en el área de la salud, de la mejora de la condición de la mujer y del desarrollo social.

¹⁰ MITCHELL, Ronald; BRADLEY, Agle Y WOOD, Donna. Camino a una teoría de Identificación y sobresalientes actores: definiendo principios de quién y qué cuenta realmente. Academia de administración. Vol 22. N° 04 Octubre de 1997. Mencionado en la clase de Políticas y Sociedad Civil del profesor Flavio Ausejo, Catedrático de la Escuela de Gobierno de la PUCP. 2008.

Analizando las estadísticas, vemos que en Perú, según el censo del 2007, actualmente somos 28'220.764 peruanos. No están incluidos los casi 2 millones que viven fuera¹¹. El número de mujeres (13'729.000) es ligeramente superior al de varones (13'626.000), mientras que la edad promedio aumentó en tres años: de 25,5 % en 1993 pasó a 28,9%. Lima tiene 7'605.742 habitantes, cuyas adolescentes representan el 10.32% (2'801.993) y los adolescentes representan el 21% (2'884.176), de los cuales un 10% vive en extrema pobreza. De todos los embarazos, el 23% corresponde a adolescentes entre 15 a 19 años. El 57% de mujeres casadas y solteras de 15 a 19 años tienen embarazos no deseados. Y un 90% de las niñas entre 12 a 16 años ya han sufrido de violación intrafamiliar¹², datos que complementa UNICEF respecto a que el 60% de embarazos en adolescentes entre los 12 a 14 años, son producto de violaciones.

La OMS estima que, para las mujeres entre 15 a 19 años, el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble que aquél que existe para las mujeres de 20 a 24 años. Para las muchachas de 10 a 14 años, las tasas de mortalidad materna pueden llegar a ser hasta 5 veces más altas que para las mujeres de 20 a 24 años¹³. De otro lado, los niños nacidos de madres adolescentes tienden más a ser prematuros, a tener un bajo peso al nacer y a sufrir las consecuencias de un crecimiento fetal retrasado. La tasa de mortalidad es más elevada entre los recién nacidos y niños menores de 5 años cuyas madres son menores de 20 años¹⁴.

La morbi-mortalidad asociada a la salud sexual y reproductiva (SSR) en la población escolar tiene cifras muy significativas: el 13% de las adolescentes peruanas entre los 15 a 19 años de edad ya son madres; el 25% de las mujeres atendidas por abortos incompletos son adolescentes; el 15% de las muertes en mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio son de adolescentes¹⁵. Las y los adolescentes son el grupo poblacional más expuestos a sufrir violencia física y sexual, y el 60% de las agresiones sexuales son cometidas por adolescentes de sexo masculino (menores de 18 años). Y la mortalidad entre los hijos de madres adolescentes es 26% mayor que el promedio general¹⁶ y se entiende que el boom del sexo no sólo está en Lima, sino en todo el país: cada año hay más de 115,000 embarazos de adolescentes. En el grupo de edad de 15 a 19 años, por cada 100,000 embarazos se dan un promedio de 362 casos de muerte materna, casi el doble del ratio alcanzado en embarazos de mujeres adultas. Y una de cada 20 adolescentes, ya ha adquirido alguna infección de transmisión sexual (ITS)¹⁷.

Actualmente aún se evidencia que el Estado carece de capacidades suficientes para coordinar con las direcciones de salud y las instituciones locales que permitan mejorar los resultados del PSSR en los diversos establecimientos del MINSA¹⁸. Especialistas en el tema interpretan que el diseño y desempeño de los responsables del programa carecen de competencias para elaborar e incorporar el planeamiento estratégico nacional al planeamiento estratégico local de las diversas instituciones públicas del país. Tal

¹¹ INEI- Undécimo Censo del 2007

¹² Informe y estudio demográfico de PATHFINDER

¹³ Fuente OMS-Ginebra - 1989

¹⁴ Juventud del mundo 1996. Population Referente. Bureau, Inc.

¹⁵ ENDES 2000.

¹⁶ ENDES 2003.

¹⁷ Radio Programas del Perú-junio del 2007.

¹⁸ MINSA (Ministerio de salud).

es así que la DISA IV¹⁹- Lima este, para el 2008 ha elaborado un Plan operativo interno (POI) en SSR para todas las sedes de su jurisdicción; pero a nivel local pude visualizar que Huaycán no tiene aún un POI²⁰ dentro de su programación anual y sólo trabajan en base a metas adaptadas a resultados anteriores (atenciones/atendidos). A la fecha, recién están tratando de elaborar un Plan para el 2010. En general estas limitaciones causan descoordinación de los programas y perjudican la eficacia de las políticas de salud del adolescente.

Existe entonces, la necesidad urgente de desarrollar una amplia política intersectorial sobre salud sexual y reproductiva para y con la participación de los/las adolescentes y debe ser de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos²¹. Teniendo como políticas²²; que dicho sea de paso, a mayo del 2009, aún no se han cumplido las metas esperadas, quedando por lograr las metas del 2011, la del 2018 y la del 2021. Estas políticas eran: i) Promover la paternidad y la maternidad responsables y que al 2006 el 100% de población en edad reproductiva esté informada en métodos de planificación familiar. ii) Prevenir todas las formas de violencia familiar así como de maltrato y explotación de niños, niñas y adolescentes, aportando a su erradicación. La meta al 2021, es la erradicación total de la violencia familiar y la meta al 2006, fue la reducción al 50% de abuso sexual a niños y adolescentes. Y al 2011 su erradicación total. iii) Implementar servicios de atención integral para adolescentes embarazadas, jefas de hogar menores de edad y parejas jóvenes. Siendo la meta al 2006: reducción en 10% el embarazo en adolescentes y en 30% al 2011. Y que el 100% de adolescentes embarazadas reciban atención en salud y educación. Y que al 2016: el 100% de escuelas cuenten con programas de educación sexual. Es en éstas últimas metas en que se está buscando las estrategias adecuadas para poder cumplirlas.

El motivo que me impulsa a analizar el programa de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de la comunidad de Huaycán, es por sentido de conciencia moral, pues en la práctica diaria del trabajo me he visto cerca e inmersa con los problemas de salud de la mujer de nuestro país, y veo que no sólo son las provincias las que tienen las necesidades básicas de una atención eficiente y eficaz sino también lo tiene Lima, capital del Perú, y pues, no necesitamos salir de Lima para conocer nuestra realidad; tan solo necesitamos ir a Huaycán, por ejemplo, para decirnos ¿Qué estamos haciendo para mejorar la situación de salud de nuestro país? Y ello implica, entonces, retomar acciones y medidas que “mejoren” y que beneficien a nuestro país en general. Y ¿cuándo me decido? Cuando veo y analizo los casos de diversa índole que afecta a la mujer peruana, especialmente al grupo de adolescentes que viven en zonas catalogadas como “asentamientos humanos”, que es el caso de Huaycán.

La comunidad urbana autogestionaria de Huaycán (CUAH), zona que está ubicada en el extremo este del distrito de ate-vitarte, fundada el 15 de julio de 1984 con una primera población de 4,000 habitantes y que al 2008 ya tiene 147,729²³ habitantes. Es una comunidad que fue golpeada por la violencia terrorista en

¹⁹ DISA IV (Dirección de salud-lima este).

²⁰ POI (plan operativo interno-disposiciones MINSA).

²¹ Mensaje del relator especial ONU sobre la Salud.

²² Políticas del Acuerdo nacional del Perú. Y las Metas respectivas, en SSR (salud sexual y reproductiva).

²³ Fuente de la unidad de estadística del Hospital de Huaycán.

los 90's y que según estudios de SAMUSAMI²⁴, figura con altos índices de desnutrición, en donde existe una gran cantidad de discotecas, salsódromos, chichódromos, formales e informales, los que se constituyen en entornos desfavorables para los niños y adolescentes; por los peligros y riesgos que su presencia conlleva e influye en la calidad de vida de todos los pobladores de la comunidad. La CUAH cuenta con un único Hospital local, cuya capacidad rebasa al índice de crecimiento poblacional que se incrementa año tras año.

El Hospital local de Huaycán I²⁵ presenta indicadores desfavorables a su desarrollo. En el 2005 hubo un 20% de gestantes adolescentes atendidas, en el 2006 un 22.08%, en el 2007 un 24.9% y en el 2008 el 22.2% de la población atendida eran adolescentes embarazadas²⁶. Asimismo, el porcentaje de abortos es notorio, pues en el 2005 hubo un 17.46%, en el 2006 un 17.15%, en el 2007 un 16.81% y en el 2008 fueron 15.64%. Y respecto a los partos institucionales: en el 2005 un 20%, en el 2006 un 25.08%, en el 2007 un 24.9% y en el 2008 un 22.2%²⁷. Como podemos apreciar las estadísticas no ayudan, ya que aún se ven altos índices de embarazo en adolescentes y se percibe un alto riesgo de la calidad de vida de las adolescentes de esta localidad, por ello nos queda la duda de averiguar ¿qué está fallando? ó en ¿qué estamos fallando? y ¿qué falta mejorar en el PSSR de los/las adolescentes de la localidad de Huaycán?

En esta perspectiva, el objetivo general del presente documento es evaluar los medios que influyen en la calidad de atención de los servicios del programa de salud sexual y reproductiva de los /las adolescentes del Hospital de Huaycán desde las perspectivas del adolescente, del proveedor de salud y de la sociedad civil. Teniendo como objetivos específicos:

1. Determinar los medios que influyen en la calidad de los servicios del PSSR, desde la perspectiva de los y las adolescentes. Donde se busca identificar el nivel de conocimiento y el tipo de actitud de los y las adolescentes que influyen en la calidad de los servicios del PSSR.
2. Determinar los medios que influyen en la calidad de los servicios del PSSR, desde la perspectiva de los/las proveedores(as) de la salud. Donde se trata de analizar e identificar el nivel de conocimiento y el manejo adecuado del protocolo de atención en SSR, que influyen en la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.
3. Determinar los medios que influyen en la calidad de los servicios del PSSR, desde la perspectiva de la sociedad civil. Donde se trata de analizar e identificar la influencia de los mecanismos de coordinación entre el MINSA y la Sociedad civil que intervienen en la mejora de la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.

²⁴ SAMUSAMI (ONG: organismo no gubernamental francesa con sede en Huaycán desde el año de 1993 cuya incidencia es en desarrollo y población en zonas rurales de pobreza, víctimas del terrorismo).

²⁵ Puesto de salud en 1984, en 1994: centro de salud, en el 2000: centro materno infantil y desde el 2003 a la fecha según Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM el Hospital Huaycán fue elevado a la categoría de hospital de baja complejidad el cual es el inicio de una nueva etapa del desarrollo institucional en beneficio de la comunidad mas necesitada de Huaycán.

²⁶ Informe del servicio de estadística del Hospital de Huaycán-2005 al 2008.

²⁷ Fuente estadística de Huaycán-abril del 2009.

La investigación busca responder al siguiente problema planteado ¿De qué manera los conocimientos y las actitudes de los/las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva así como el nivel de conocimiento y el manejo adecuado del protocolo de atención de los/las proveedores en salud sexual y reproductiva y la existencia de mecanismos de coordinación con la sociedad civil influyen en la calidad de los servicios del programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes del Hospital de Huaycán?

Para lo cual se hipotetiza que “el bajo conocimiento y la actitud negativa sobre salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes así como el escaso conocimiento y el manejo inadecuado del protocolo de atención en salud sexual y reproductiva por los/las proveedores(as) de salud y la ausencia de mecanismos de coordinación entre el MINSA y la sociedad civil, se constituyen en barreras que influyen desfavorablemente en la calidad de atención de los servicios del programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes del Hospital de Huaycán”.

La investigación es un estudio descriptivo, comparativo, longitudinal y aplicada, y que comprende además el levantamiento de información mediante el empleo de técnicas de tipo cualitativo (entrevistas individuales) y cuantitativo (encuesta), a realizarse en el Hospital de Huaycán. Estudio analítico que va desde el año 2005 al 2008.

Es un estudio descriptivo pues se hace una evaluación al programa de salud sexual y reproductiva (PSSR) del Hospital de Huaycán. Es comparativo porque hace un paralelo entre usuarios (as) y no usuarios(as). Es longitudinal ó diacrónica, pues el período de análisis es de 4 años, entre el 2005 al 2008. Y es aplicada, porque el propósito final es presentar recomendaciones que expresen una propuesta con rigurosidad científica orientada a mejorar la calidad de atención en los servicios del PSSR.

La investigación emplea fuentes de información secundaria: tipo documental (pre-existentes), que incluye: normas, libros, revistas médicas y revistas Web, informes anuales, documentos e informes de trabajo. Y se trabaja con información cuantitativa de las fuentes de información del sector público y de la población adolescente: evaluación de resultados y metas, sistema de información, registro administrativo, encuestas, entrevistas y la base de datos.

Con los métodos cuantitativos se busca medir las variables de interés de la intervención. Por su parte, los métodos cualitativos buscan describir los procesos relacionados con la implementación e ítems que no pueden ser medidos.

El plan de análisis es:

- 1.- Revisión analizada de la normatividad internacional y nacional vigente y de bibliografía del PSSR
- 2.- Análisis de comportamientos y tendencias de tasas de SSR y AIS desde el 2005 al 2008.
- 3.- Investigación de los principales factores que favorecen ó limitan el avance hacia el cumplimiento de Metas, y así poder ser analizados:

- a) Previsión de los servicios de salud (acceso al servicio, tipología del servicio, estrategias de intervención, otros), teniendo como insumos los informes anuales de avance y reportes de los 4 años.

Cuadro N° 01: Fichas Técnicas del Área de Investigación: Huaycán

Sub. investigación: N-01	1.- Perspectiva del adolescente
Nombre de estudio	Conocimientos, Actitudes y Calidad de atención
Universo investigado	20 encuestas a adolescentes de 15 a 19 años (10 usuarios del PSSR y 10 no usuarios pero que acuden al hospital por otras causas, considerando varones y mujeres en igual cantidad: 5 de cada uno).
Técnica empleada	Encuesta a 20 adolescentes.
Fecha de trabajo de campo	Junio del 2009
Ámbito de investigación	Distrito de Huaycán: Hospital local de Huaycán.
Sub. investigación: N-02	2.- Perspectiva de proveedores(as) de salud:
Nombre de estudio	Percepción de proveedores(as) de salud sobre SSR en adolescentes, derechos, relaciones interpersonales, manejo del programa y calidad de atención.
Universo investigado	Médicos (2), Ginecólogos (2), Obstetrices (4), Personal técnico (1), Enfermera (1), Nutricionista (1), Psicólogo (1), Internas de obstetricia (1).
Técnica empleada	Entrevista a 13 proveedores de salud.
Fecha de trabajo de campo	Junio del 2009
Ámbito de investigación	Distrito de Huaycán: Hospital local de Huaycán.
Sub. investigación: N-03	3.- Perspectiva de socios estratégicos
Nombre de estudio	Mecanismos de coordinación entre MINSA y Sociedad civil
Universo investigado	“Socios estratégicos” de varios sectores: Demuna (1)-Parroquia (1)- Agencia Municipal de Ate vitarte (1), ONGs (2)-Comité local (1), Comedor popular (1), Vaso de Leche (1), Profesores (2).
Técnica empleada	10 entrevistas en profundidad
Fecha de trabajo de campo	Junio del 2009
Ámbito de investigación	Distrito de Huaycán.

Fuente: análisis de perspectivas, 2009.

- b) El análisis cualitativo será enriquecido con entrevistas a profundidad, realizados a informantes claves: especialistas de salud y /o proveedores de salud del PSSR, además de los representantes de la sociedad civil, especialistas en temas de adolescentes (ver fichas técnicas en cuadro N° 01).
- c) El análisis cualitativo- cuantitativo será enriquecida con encuestas dirigidas a los y las adolescentes usuarios (as) y no usuarios(as) del Hospital de Huaycán (ver fichas técnicas en cuadro N° 01).

Para la elaboración del instrumento de recolección de datos: “el cuestionario y la guía de entrevistas”, se hizo tomando como base: primero, las preguntas elaboradas por tesistas de la UPCH; CHAMBI CATA CORA, María Amparo del Pilar, en su “Estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente”. UTES, San Román, Juliaca, Puno, 1997; DÁVILA GARCÍA, Adriana, SÁNCHEZ RONDÓN, Karin y CHILÍN ROJAS, Noelia en su estudio sobre la “Influencia del nivel de conocimiento en las actitudes sobre SSR de los alumnos de 4to. Y 5to. de secundaria del Liceo Naval”. Lima, 2000; y HUAMÁN CANCHARI, Yudi y JUSTO ÑAUPA, Aída, en su estudio sobre el “Nivel de conocimientos y actitudes asociado al comportamiento sexual: adolescentes varones. Centro nacional nuestra señora de Guadalupe y San Julián”, Lima, 2000. Segundo, se toma en cuenta, las recomendaciones dadas por los Lineamientos de políticas de salud, así como la revisión de los Protocolos de Consejería en la SSR de adolescentes y de los contenidos programáticos del programa de SSR, propuestos por el MINSA, Perú. Las mismas que han sido adaptadas, previas ligeras

modificaciones por mi persona con ayuda del asesor²⁸, para el siguiente trabajo de investigación, acorde al objetivo programado (ver anexos 1, 2 y 3).

El instrumento para la recolección de datos de los/las Adolescentes fue dividido en 4 partes (ver anexos 1, 1-A y 1-B) y consta en total de 61 ítems:

Primera parte.- se describe las características personales del adolescente (9) referentes a: edad, sexo, lugar de nacimiento, grado de estudios, dependencia económica, estado civil de padres y sus relaciones con ellos, averiguar si recibió o no información sobre SSR y de quien fue la información.

Segunda parte.- el cuestionario de “Conocimientos sobre SSR” para adolescentes considera 26 ítems, en temas sobre: Educación sexual, Desarrollo biológico, Embarazo, Planificación familiar, Paternidad responsable, Aborto y VIH/SIDA. Siendo los puntajes calificadorios de: alto, medio y bajo. **Alto**= respuestas correctas sobre SSR, cuyo puntaje es de 22-26; **Medio**= respuestas correctas sobre SSR pero que no alcanza el puntaje deseado para clasificarse dentro del nivel alto, su puntaje oscila entre 17 - 21; y **Bajo**= respuestas incorrectas ó incompletas sobre SSR, que no alcanzan el puntaje deseado, este puntaje es entre 0-16. Para valorar el puntaje de estas preguntas se usó la “Escala de STANINOS”. Todos los ítems son para contestar V ó F (verdadero ó falso), dando así una calificación de: un punto (01)= respuesta correcta y cero puntos (0) = respuesta incorrecta (ver anexo N° 1-A). Para medir el ítem de grado de satisfacción del usuario, se toma el modelo anterior de V ó F. Siendo los puntajes calificadorios de bueno, regular y malo. Bueno= 6 respuestas correctas, Regular= 4 a 5 respuestas correctas y Malo=1 a 3 respuestas correctas.

Tercera parte.-El cuestionario de “Actitudes sobre SSR” para adolescentes consta de 20 ítems (10 positivos y 10 negativos), los cuales miden áreas de educación sexual, embarazo, aborto, planificación familiar, paternidad responsable e ITS, VIH/SIDA: Para la valoración de las actitudes de adolescentes se emplea la “Escala de LICKERT”, donde por ítem se aprecian 5 alternativas de respuesta que son: TA=totalmente de acuerdo; A=de acuerdo, I=indiferente, D=en desacuerdo y TD= en total desacuerdo. En esta escala se tiene en cuenta el sentido, es decir por ítem “positivo y negativo”. En el caso del ítem positivo, la valorización es: TA=5, A=4, I=3, D=2, TD=1; y en el caso de ítem negativo, la valorización es: TA=1, A=2, I=3, D=4 y TD=5. Siendo: Positivo= una predisposición buena hacia la SSR, cuyo puntaje es de 83-100; Indiferente= si su posición es de neutralidad hacia la SSR, cuyo puntaje es= 70-82; y es negativo= si la predisposición es de rechazo ó aversión del adolescente hacia la SSR, y cuyo puntaje entonces es de 20-69.

Cuarta parte.- 6 preguntas de Si ó No, sobre la calidad de atención de los servicios del PSSR, por parte de los profesionales de la salud.

²⁸ Fabricio Franco Mayorga. Magíster en Ciencia Política de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Sociólogo de Buenos Aires y PUCP. Consultor nacional del PNUD y del BID. Coordinador general en Gubernativa. Actualmente, profesor de la Escuela de Gobierno de la PUCP. 2009.

El instrumento para la recolección de datos de los/las proveedores(as) de salud fue dividido en 2 partes (ver anexo 2). La entrevista de profundidad a proveedores de la salud, consta de 29 ítems. La primera parte de preguntas tiene 9 ítems, referentes a aspectos personales y capacitación de los proveedores de la salud; la segunda parte tiene 14 ítems, concernientes a las características funcionales del programa y sobre el protocolo de atención en consejería para adolescentes; y la tercera parte tiene 6 ítems sobre las opiniones de los/as proveedores de salud del Hospital de Huaycán. Para valorar el nivel de conocimientos, se calificó como: alto, medio y bajo. **Alto**= respuestas correctas, cuyo puntaje es de 12-14; **Medio**= respuestas correctas, pero que no alcanza el puntaje deseado para clasificarse dentro del nivel alto, su puntajes oscila entre 8-11; y **Bajo**= respuestas incorrectas ó incompletas, que no alcanzan el puntaje deseado, este puntaje es entre 0-7. Para valorar el puntaje de estas preguntas se usó la “Escala de STANINOS”. Todos los ítems son para contestar V ó F (verdadero ó falso), dando así una calificación de: un punto (01)= respuesta correcta y cero puntos (0) = respuesta incorrecta. En general, las preguntas y respuestas han sido tomadas de la Norma técnica de Consejería de atención en salud sexual y reproductiva para adolescentes (protocolo MINSA). (Ver anexos, 2 y 2-A).

El instrumento para la recolección de datos de los socios estratégicos: sociedad civil²⁹, en su relación con el MINSA, fue la entrevista de profundidad y consta de 16 ítems, las cuales fueron divididas en 2 partes: la primera parte tiene 5 ítems sobre información persona y de la institución, y la segunda parte tiene 11 ítems relacionadas a las opiniones³⁰ en general sobre la SSR de los/las adolescentes y sus principales acciones en la comunidad de Huaycán.

Asimismo, para esta misión y el accionar de los agentes de la sociedad civil así como del estado en el proceso se ha empleado como herramienta metodológica el análisis de involucrados (stakeholders análisis), Instrumento que permitirá diferenciar tanto el aporte como el comportamiento de los agentes como grupos de interés. En el análisis se tomará en cuenta a los grupos relevantes y también a los latentes. Los primeros son los que actuaron con el propósito explícito y son las y los adolescentes usuarios (as) del PSSR y los latentes son los/las adolescentes no usuarios del PSSR, sin dejar de lado a los grupos relevantes de los/las proveedores de salud y de los socios estratégicos intervinientes en la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.

Para el análisis general de la evaluación del PSSR, primero se describen en contextos generales y luego se realiza el cotejo de aciertos y desaciertos para cada uno de los objetivos planteados en la tesis.

Para el análisis de tabulación y estadísticas de los resultados (gráficas y tablas), se contó con la asesoría de un especialista en estadística (Ing. Fernando Contreras- auxiliar del curso de Análisis estadístico).

²⁹ La sociedad civil es quien alienta muy a menudo a las empresas a implicarse en programas sociales. Mencionado en el compromiso de los distintos actores, en “Responsabilidad social y ambiental: el compromiso de los actores económicos” por Vincent Commenne e Ismael Muñoz. 2006. Pág.199.

³⁰ Opinión es pública no sólo porque es del público sino porque implica objetos y materias de naturaleza pública=interés general=bien común (res pública). Por ello, es importante precisar que: se dice Opinión, No Vox pópuli, Voz pública o fama pública (de Maquiavelo). Se habla de Opinión y no de voluntad (Rosseau: voluntad general). Giovanni Sartori, “Opinión pública y Democracia gobernante”, mencionado en la clase de Sociedad civil y democracia de Rosa Alayza Mujica. Escuela de Gobierno, PUCP, 2008.

De otro lado, también se han usado libros, revistas científicas, los apuntes, los cuadernos de trabajo, las libretas de campo, y las experiencias vivenciales de la autora durante su proceso formativo profesional a la fecha.

Agradezco las notas, comentarios e intercambio de experiencia de mi asesor de la PUCP, Magíster Fabricio Franco Mayorga³¹; de mi lector principal de la PUCP, Magíster Ismael Muñoz Portugal³²; de mis colegas de profesión en especial a Giovanna Casavilca³³; de los Médicos y del personal técnico del Hospital de Huaycán, especialmente al Dr. Juan Carlos Yafac Calderón³⁴, Director del Hospital de Huaycán en la gestión del 2005 al 2007 y al Dr. Mauro Reyes Acuña³⁵, Director de DISA IV- Lima Este actualmente, por las facilidades en la revisión de informes y amplio sentido de transparencia; de los representantes de la sociedad civil y de la gente de la comunidad urbana autogestionaria de Huaycán; que me han facilitado la información necesaria para realizar el presente trabajo de investigación.

³¹ Magíster en Ciencia Política de la Pontificia Universidad Católica de Chile (1992). Sociólogo, Universidad de Buenos Aires y PUCP (1989). Consultor internacional del PNUD y del BID en temas de fortalecimiento de la gestión pública diferentes instituciones de la región -Presidencias de la República, Ministerios de Economía y Planificación, Relaciones Exteriores. Gerente General Adjunto de Cofide; Secretario de Planificación Estratégica del Ministerio de Educación del Perú. Además ha sido Director de Estudios, Facultad de Gestión y Alta Dirección de la PUCP. Desde noviembre de 2008 es el coordinador general del Proyecto de Fortalecimiento Institucional ejecutado por GOVERNA y financiado por el Fondo Minero Antamina. Actualmente, Catedrático de la Escuela de Gobierno de la PUCP. 2009.

³² Magíster en Economía, Investigador en temas de desarrollo y política económica y social. Catedrático de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Profesor de Economía y Desarrollo en escuelas de líderes sociales. Experiencia en establecer relaciones con universidades e instituciones nacionales y extranjeras para la organización de cursos y certámenes sobre economía y desarrollo en el Perú. Autor de trabajos y artículos publicados en torno a los temas de desarrollo, política económica y social, deuda externa, globalización y estrategias contra la pobreza. Ponente en diversas conferencias y cursos que se han llevado a cabo sobre dichos temas. Catedrático de la Escuela de Gobierno de la PUCP. 2009.

³³ Obstetriz, coordinadora del programa de adolescentes del Hospital de Huaycán desde hace 2 años. Trabaja como Obstetriz en funciones asistenciales y consulta externa en el Hospital de Huaycán desde hace 6 años. Actualmente esta especializándose en Salud Pública en la UNFV. 2009.

³⁴ Médico general de profesión. Ex director del Hospital de Huaycán, con especialización y estudios en Administración y Gestión Hospitalaria. Actualmente se desempeña como Médico general en el Hospital en mención, como médico asistencial y emergencista. 2009. Asesor en temas de Salud en la anterior gestión del gobierno de Perú Posible.

³⁵ Ginecólogo de profesión, con estudios y especializaciones en Administración, Políticas y Gestión Hospitalaria; con amplia experiencia en Dirección en Centros Maternos y Hospitales en SJL, experto en Dirección de Salud en la DISA NORTE y actualmente en DISA ESTE del MINSA- Perú. Director y fundador de la Clínica San Martín en San Juan de Lurigancho. Catedrático de la Universidad San Martín en las Facultades de Medicina y Obstetricia, y de la Universidad Winner en el programa de Ginecología y Obstetricia. Asesor en temas de Salud del actual gobierno Aprista. 2009.

CAPÍTULO II

UNA APROXIMACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DEL ADOLESCENTE

“Las políticas públicas son actividades o inactividades regulares tipificadas de los funcionarios del Estado....Las políticas públicas conllevan también la intervención de muchas personas y actividades a lo largo del tiempo”
Jarol B. Manheim y Richard C. Rich.1988³⁶.

Se aborda en éste segundo capítulo, 3 temas; primero, sobre las políticas públicas en salud del adolescente: visión integral; segundo, respecto a los condicionantes claves de las políticas públicas en salud del adolescente, sobre la calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR); y tercero, sobre el análisis de las políticas públicas en salud del adolescente concerniente a la SSR, que en un primer caso se desarrolla temas sobre: los nuevos adolescentes, revisando el contexto histórico nacional y mundial; luego se describe los derechos sexuales y reproductivos a nivel nacional e internacional y se trata de responder a ¿cuál es la importancia de ejercer los DSR de los/las adolescentes?

En un segundo caso, se explica un breve análisis del contexto de calidad: mejorando la calidad de los servicios del PSSR de adolescentes; análisis conceptual de la calidad de los servicios de salud, donde se explica conceptualmente los puntos claves del trabajo: los factores determinantes en el uso de los servicios de salud: los factores de la usuaria(o), factores de los servicios de salud (los/las profesionales en el proceso de atención, la institución hospitalaria en el proceso de atención), y los factores de mecanismos de coordinación con los aliados estratégicos (sociedad civil), donde se enfoca el análisis de los stakeholders. Asimismo, se plantea una medición del impacto de la calidad de los servicios de salud; y se aborda el tema de calidad: un tema de debate y compromiso, explicándose aspectos de calidad en los servicios de salud del MINSA, calidad en salud sexual y reproductiva, y el planteamiento de un ejemplo, sobre contenidos de calidad de un servicio de SSR de adolescentes.

En un tercer caso, se desarrolla el análisis de políticas públicas en salud del adolescente concerniente a la SSR. Se inicia con el análisis de contexto a nivel nacional e internacional; revisión de los antecedentes

³⁶ “Análisis político empírico, métodos de investigación en ciencia política”. Jarol B. Manheim y Richard C. Rich.1988. España.Pág. 428. Mencionado en la asignatura de Políticas y Sociedad Civil de la Maestría en Ciencia Política, dictado por el profesor Flavio Ausejo, PUCP, 2008.

históricos de la evolución de la SSR en Perú, con un breve análisis conceptual de la salud sexual y reproductiva, tratando de responder a preguntas como: ¿qué entendemos por salud sexual?, ¿qué entendemos por salud reproductiva?. Se indica la SSR y su impacto en la salud pública, concluyendo con la descripción de las responsabilidades éticas y sociales de los derechos sexuales y reproductivos. Veamos entonces cada uno de los ítems mencionados:

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DEL ADOLESCENTE: VISIÓN INTEGRAL³⁷

Las y los adolescentes han sido considerados por mucho tiempo un grupo poblacional que se enferma poco y que acude esporádicamente a los establecimientos de salud, pretendiendo indicar con ello sus pocas necesidades de atención en salud. Sin embargo el perfil epidemiológico de la población adolescente ha cambiado y hoy en día somos testigos de la problemática que el adolescente enfrenta: la posibilidad de infectarse de VIH/SIDA, tener un embarazo no deseado, el someterse a un aborto en condiciones inseguras, la violencia callejera y la violencia doméstica, así como problemas de adicción a drogas, alcohol y tabaco, entre otros problemas, y muchos de ellos requieren atención de diversa índole, en particular de salud.

La salud de las/los adolescentes se caracterizan por su vulnerabilidad a situaciones de riesgo y por la presencia de un mayor número de adolescentes que están involucrados en una o varias conductas de riesgo que amenazan su salud desde que inicia su adolescencia; sin importar el nivel socioeconómico al que pertenece. Pero si bien la adolescencia es un periodo de riesgos, también lo es de posibilidades para la creatividad, la productividad, la capacidad de propuesta y de participación ciudadana, cuando se les brinda oportunidades de desarrollo personal y colectivo, y cuando se atienden sus necesidades básicas de educación, salud, recreación y participación.

La adolescencia es además, la etapa en la que se adoptan valores y consolidan hábitos y conductas que pueden afectar positiva ó negativamente su salud para toda la vida. En tal sentido, la información y formación que ellos/as reciban para el auto cuidado y cuidado compartido de su salud a través de los servicios que ofrece el Ministerio de Salud y otras instituciones, así como las oportunidades de desarrollo que se les brinden desde los diferentes sectores, son de primordial importancia para su desarrollo integral. La atención integral de salud de los/las adolescentes implica la identificación y ejecución de un conjunto de estrategias, que han sido reconocidas a nivel nacional e internacional. Estrategias que se desarrollan en el marco de los componentes de los Modelos de atención integral en salud (MAIS): servicios diferenciados y de calidad para adolescentes, integración multisectorial, redes de soporte social, participación activa de adolescentes, formación de adolescentes como educadores de pares, familia y nexos fuertes: amor y límites³⁸. La finalidad es mejorar la atención integral que se brinda a los/las adolescentes en los establecimientos de salud tanto públicos como privados, en el marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo así a su desarrollo y bienestar.

³⁷ MINSAL, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, Pág. 13, Lima, Perú, 2005.

³⁸ Norma técnica para la atención integral de salud de los/las adolescentes., NTN 034.MINSAL/DGSP-V.01 agosto del 2005.

2.1.1 LOS NUEVOS(AS) ADOLESCENTES

“No veo esperanza para el futuro de nuestro pueblo, en tanto depende de la frívola juventud de hoy, pues ciertamente todos los jóvenes son increíblemente imprudentes. Cuando yo era niño se nos enseñaba a ser discretos y respetuosos con los mayores, pero los jóvenes de la actualidad son demasiado avisados y la sujeción los impacienta.”
(Hesíodo, siglo VIII a.c.)³⁹.

Los/las adolescentes están transcurriendo una transición importante para llegar a ser adultos, que van a influir significativamente en su salud presente y futura, especialmente en su bienestar sexual y reproductivo; encontrándose establecido el derecho a disponer de información y los servicios que les permitan abordar su sexualidad de forma positiva y responsable (conferencias internacionales, cumbre mundial sobre la Infancia 2002), siendo la promoción de las relaciones entre los sexos de forma satisfactoria y sin riesgos. Debemos velar porque las “barreras” (normas, actitudes, etc.) impidan y/o restrinjan este acceso. Los/las adolescentes de hoy se encuentran en un medio donde existen gran cantidad de mensajes, prejuicios y estereotipos evidentes y sobreentendidos sobre la sexualidad, identidad sexual y su expresión. Es en este crecer, en que adquieren la adopción de actitudes y conductas que trascienden de manera importante en su salud, los derechos propios y de los demás; no teniendo información mínima sobre su “sexualidad y reproducción”, sobre sus derechos y responsabilidades personales, que abarcan las aptitudes necesarias para protegerse así mismos de los actos sexuales no deseados, del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Existe un sinnúmero de conceptos sobre la etapa de vida de La Adolescencia, casi todos dirigidos a su comportamiento como ser social; sin embargo es reciente aún considerar la importancia que tienen en el campo de la salud sexual y reproductiva (SSR). Problemática que se asienta con el tiempo, pues en la actualidad existen condiciones sociales y económicas, cambiantes que influyen en la forma que los/las adolescentes afrontarán los retos que la vida adulta les va a reclamar y que pone en riesgo su salud, en general. La OMS y la OPS⁴⁰ definen cronológicamente la adolescencia como la etapa de vida entre los 10 a 19 años. Mientras el CND⁴¹ considera a los/las adolescentes como niños(as), a todo ser humano mayor de 12 años y menor de 18 años.

Ante cuestionamientos sobre definiciones de adolescencia y adolescentes, encuentro adecuado el argumento de Moral (1998)⁴², respecto a que la “adolescencia” ha de explicarse como un fenómeno social, cultural e históricamente determinado; siendo el adolescente, producto y agente en todo proceso recurrente, comprensible de constitución e interpretación de las realidades negociadas con otros. Hannia

³⁹ Mencionado en el curso de Salud Sexual: tema de adolescentes; dictado por la Dra. Nelly Moreno, Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, de la USMP.2009.

⁴⁰ Organización mundial de la salud y organización panamericana de la salud. A Picture of Health. Ginebra, 1995.

⁴¹ Convención sobre los derechos del Niño. Asamblea general de las Naciones Unidas, Artículo 1, 20 de noviembre de 1989.

⁴² Moral J. M. La juventud como reconstrucción social: análisis desde la psicología social de la adolescencia. Revista electrónica iberoamericana de psicología social. AS 933-1998./en línea/disponible en / WWW.psyco.unionvl.es/ consultado el 16 enero del 2009.

Fallas y Valverde⁴³(2000); distinguen algunas de las características de la etapa adolescente: rápidos cambios corporales que son asimilados en forma progresiva; desarrollo y fortalecimiento de un pensamiento abstracto; elaboración de duelo por las pérdidas de su cuerpo infantil, de la imagen de padres, de su lugar en la familia, entre otros; redefinición de los padres y con otras figuras de autoridad; ampliación del mundo social por medio de la experiencia con el grupo de pares; elaboración de la identidad: quien soy, que voy a ser con respecto a los demás y a mi mismo; construcción de utopías y compromiso con ideales; búsqueda de autonomía e independencia; planteamiento de expectativas, metas y proyectos para el futuro; y revisión y definición de la identidad sexual, la identidad de género y la orientación sexual.

2.1.2 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA EDAD ADOLESCENTE

“Los ancianos son el pasado, los adultos son el presente, los niños son el futuro...y ¿los/las adolescentes...?”

Alfredo Hidalgo San Martín. Salud, sexualidad y Reproducción en la adolescencia. Seminario internacional, México, 1995.

Para conocer la realidad de los acontecimientos y la forma como han ido evolucionando los/las adolescentes, se hace un análisis teórico comparativo de la situación actual de los/las adolescentes en el contexto mundial y en el contexto nacional. Así:

2.1.2.1 ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO MUNDIAL

Actualmente, los/las adolescentes de 10 a 19 años componen el 20% de la población mundial⁴⁴, y más del 85% de estos adolescentes viven en los países en desarrollo. Es así, que entre este año y el 2025 habrá en todo el mundo un aumento alrededor de 150 millones de personas adolescentes y la mayor de ese crecimiento de población se registrará en África del sur del Sahara, siendo la edad media de vida de estos países entre los 28 y 41 años.

Algunos datos:

- Nuestro mundo actualmente, tiene el grupo más grande de adolescentes jamás visto: 1.1 mil millones de adolescentes, el 85% de los cuales viven en países en desarrollo. Por lo menos la mitad de ellos habrían tenido coito sexual al cumplir los 16 años; la mayoría de ellos, antes de los 20 años de edad⁴⁵.
- Cada año, de unos 333 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) curables, al menos 1/3 ocurre entre los jóvenes menores de 25 años de edad. Las ITS no tratadas

⁴³ Hannia Fallas Ureña, Oscar A. Valverde Cerros. Sexualidad y SSR en la adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud. San José de Costa Rica. Noviembre, 2000.

⁴⁴ Robert Blue. La salud en los adolescentes: problemas mundiales, retos locales. Departamento de ciencias de la población y de la salud familiar. Escuela de Salud Pública Bloomberg, Universidad John Hopkins, Baltimore, Maryland, Usa. Julio del 2005.

⁴⁵ Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a review update, Anne Grunsel, ONUSIDA, Ginebra, 1997.p7.

pueden causar infertilidad y facilitar la infección por VIH; más de la mitad de todos los casos nuevos de infecciones por VIH. Y más de 7000 casos al día, ocurre en niñas adolescentes menores de 20 años de edad⁴⁶.

- El 10% de partos en el mundo ocurre en niñas adolescentes y la mortalidad relacionada con el embarazo y parto es de 2 a 5 veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad, que entre las de 20 a 29 años de edad⁴⁷.
- Un tercio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto son menores de 20 años de edad⁴⁸.
- Estudios en 19 países (entre ellos República Dominicana, Suecia y Sudáfrica), informaron la presencia de abuso sexual, desde acoso hasta violación e incesto, entre el 7 y el 34% de las niñas y entre el 3 y 29%⁴⁹ de los niños. Mientras que en Reino Unido, según otro informe, el 50% de lesbianas, hombres homosexuales y jóvenes bisexuales, menores de 18 años de edad, habían sido atacados físicamente⁵⁰. Entre grupos, en más de 30 países de África, Asia, Medio Oriente y el mundo industrializado, aproximadamente 2 millones de niñas, mujeres adolescentes y jóvenes son arriesgadas cada año a sufrir mutilación genital femenina⁵¹.
- Cada 5 minutos, en alguna parte del mundo, se suicida una persona joven, frecuentemente por problemas emocionales y sociales relacionados con la SSR. Entre otros figuran el abuso físico, violencia sexual, rupturas de relaciones íntimas, alcoholismo y drogadicción, embarazo no deseado y aborto en condiciones de riesgo, el VIH y las ITS, y la ansiedad en torno a estar físicamente atraído a miembros del mismo sexo. El índice de suicidio está incrementando entre los adolescentes en el Caribe, África y Asia⁵².

2.1.2.2 ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO NACIONAL

En el Perú existe una diversidad cultural, étnica, lingüística, socioeconómica y geográfica muy amplia y variada, lo que hace que existan también registros de promedios nacionales que no reflejan la verdadera situación y sobre todo la magnitud de los problemas que atraviesan los/las adolescentes en las distintas regiones del país. La población a nivel nacional al 2007 es de 28'220.764 habitantes. La población urbana representa el 72.63%, mientras que la población rural llega a 27.37%; de ésta población, el 50.3% son varones y el 49.7%, mujeres.⁵³ Según datos de censos nacionales 2007⁵⁴, el 37% de esta población está

⁴⁶ Silence and Complicity. Violence against women in Peruvian public health facilities. CLADEM & CRLP (CRLP, Nueva York, 1999) p53.

⁴⁷ A matter of honor, Olinda Franco/BBC, Nightline, 15 febrero 1999.

⁴⁸ Youth & adolescent health Fact sheet/en línea/ Family care international (consultado el 12 de octubre del 2008). Disponible en: (<http://www.familycareintl.org/factyha.htm>).

⁴⁹ The state of World population 1998, ed Alex Marshall (FNUAP, Nueva York, 1998) p24.

⁵⁰ Women of the world: laws and policies affecting their reproductive laws. Latin America and the Caribbean. CRLP/DEMUS, Nueva York, 1997.

⁵¹ Female genital mutilation: prevalence and distribution, Female genital mutilation: information kit (OMS, Ginebra, agosto de 1996) p1.

⁵² The second decade: improving adolescent health and development, WHO/FRH/ADH/98.18, Adolescent Health and development Programme (OMS, Ginebra, 1998) p6.

⁵³ ENDES Continua 2004.

⁵⁴ Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Perfil sociodemográfico del Perú. Segunda edición. Agosto del 2000.

conformada por niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años (10'012,730), y alrededor del 60% de ellos viven en condición de pobreza.

Según UNICEF Perú, la edad mediana a la primera relación sexual de las mujeres entre 25 a 49 años es de 19.2 años. (ENDES continua, 2004)⁵⁵. Por su parte, el informe de Desarrollo Humano Perú 2005⁵⁶, señaló que en el 2003, el 11.3% de la población joven de 15 a 29 años estudia y trabaja. El 43.9% sólo trabaja, el 24.1% sólo estudia, mientras que el 18.7% no estudia ni trabaja. Según INEI (2005), en el 2004 el 41.2% de mujeres, entre 15 a 19 años tienen pareja y/o vida sexual activa; usan métodos anticonceptivos modernos. El 50.8% entre mujeres de 20 a 24 años y la que tienen entre 25 a 29 años lo usan en un 45.8%. Con respecto al uso de anticonceptivos tradicionales, sólo el 14.2% de mujeres entre 15 a 19 años los usan. El 18.6% de mujeres entre los 20 a 24 años también los usan, y las que tienen entre 25 a 29 años lo utilizan en un 22.3%⁵⁷.

De acuerdo al estudio de violencia física y sexual contra las mujeres (Centro Flora Tristán, UPCH, OPS, 2002)⁵⁸, el 18.7% de mujeres de Lima metropolitana han sido víctimas de violencia sexual antes de los 15 años. En Cusco, la cifra es de 18.1%. El agresor es definido como otro familiar hombre. En segundo lugar se encuentra una persona desconocida y en tercer lugar, un amigo de la familia. Por tanto, existen algunos problemas que afectan a los/las adolescentes, los cuales están relacionados a los problemas que los aquejan y son variados. Pero los que están ligados a su SSR son: problemas de embarazo en edad temprana y falta de acceso a los métodos anticonceptivos; embarazos no deseados; aborto; infecciones del tracto reproductivo, incluyendo las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA y Violencia basada en género, impacto de la violencia sexual. Temas que más adelante se explican ampliamente (ver capítulo de la salud sexual y reproductiva).

2.1.3 ADOLESCENTES Y SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSR)

“la promoción del ejercicio responsable de los derechos reproductivos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios”
CIPD, El Cairo, 1994.

El interés por el tema de los DSR es reciente. Hoy recién podemos entender que el respeto por tales derechos es necesario si se quiere prevenir la violencia y la discriminación, y lograr condiciones de salud y de vida para todas las personas.

⁵⁵ Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES Continua 2004-2005. informe principal. Instituto nacional de estadística e informática. (INEI). Septiembre 2006.

⁵⁶ Informe sobre desarrollo humano Perú 2005: hagamos de la competitividad una oportunidad para todos. Lima, Perú: PNUD, 2005.p.124.

⁵⁷ Las mujeres en el Perú en cifras/en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre del 2008). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>.

⁵⁸ Las mujeres en el Perú en cifras/en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre del 2008). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>.

2.1.3.1 LOS DSR DE LOS/LAS ADOLESCENTES EN EL MUNDO

Gracias al trabajo de miles de mujeres en todo el mundo sobre la salud y sus derechos, tema que fue tomado en cuenta de forma especial por la Cuarta Conferencia Mundial de Población y Desarrollo convocada por la ONU, llevada cabo en El Cairo (Egipto) en 1994. Reunión en que se habló sobre la necesidad de impulsar la salud, educación y las reformas legales necesarias para la protección y defensa de los DSR de hombres y mujeres⁵⁹. Un año después de la conferencia de El Cairo, las Naciones Unidas convocó a otra reunión de sus países miembros: la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, China (1995). El programa de esta conferencia, en su párrafo 96 respecto a salud, refiere: *“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad, incluida su SSR, y a decidir libremente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia*

Cuadro N° 02: derechos sexuales y reproductivos⁶⁰

- 1.- **Derecho a la libertad sexual.**- abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos.
- 2.- **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo.**- incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. Incluye la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3.- **El derecho a la privacidad sexual.**- involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los DS de otros.
- 4.- **El derecho a la equidad sexual.**- oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- 5.- **El derecho al placer sexual.**- incluye el autoerotismo, que es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6.- **El derecho a la expresión sexual emocional.**- la expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- 7.- **El derecho a libre asociación sexual.**- significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- 8.- **El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.**- abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a métodos de regulación de la fecundidad.
- 9.- **El derecho a la información, basada en el conocimiento científico.**- derecho que implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- 10.- **El derecho a la educación sexual e integral.**- proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida, y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- 11.- **El derecho a la atención de la salud sexual.**- el cual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Fuente: UNPOPIN, 1994.

⁵⁹ DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú. Reporte sombra. CLADEM-CRLP, junio de 1998.

⁶⁰ United Nations Population Information Network (UNPOPIN), 1994. Report of the international conference on population and development (Cairo, 5-13 september, 1994). UN population division, department of economic and social affairs.

Los DSR están basados en otros derechos humanos fundamentales, tales como los que todas las personas tenemos a la libertad, a la igualdad y a la dignidad. Además se señala que todos los países deben trabajar para promover el respeto por las mujeres y su salud, y para eliminar todas las prácticas asociadas a la discriminación contra ellas”. Y mas tarde, también es respaldada y secundada por la Conferencia Mundial de Derechos humanos y la Asociación Mundial de Declaración de Sexualidad y DS (XIII congreso mundial de sexología, Valencia, España, 1997.

2.1.3.2 LOS DSR DE LOS/LAS ADOLESCENTES EN EL PERÚ

Según la Defensoría del Pueblo⁶¹, *“los derechos sexuales incluyen el derecho humano de mujeres y varones a gozar de una vida sexual libre de violencia y gratificante así como tener control de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva”*. Mientras que para el Ministerio de Salud⁶², *“los derechos Sexuales y Reproductivos son parte inseparable e indivisible del derecho a la salud y de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. El Estado debe garantizar que toda persona pueda: decidir cuantos hijos va a tener, decidir el espaciamiento de los hijos; regular su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza; estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas. Las personas deben ejercer estos derechos en forma responsable, respetando la integridad física, mental y social de las otras personas y asumiendo sus responsabilidades por las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva”*.

Los derechos sexuales y reproductivos de lo adolescentes tienen las siguientes dimensiones⁶³: una construcción saludable de la identidad sexual; educación sexual para la equidad de género; libertad de orientación sexual; servicios de salud diferenciados para adolescentes, que brinden información, consejería y cuidado de su salud, con énfasis en su salud sexual y reproductiva; participación y protección inmediata del estado local, regional y nacional, contra toda forma de abuso, violencia y explotación sexual, comercio y tráfico sexual, garantizando sanciones drásticas para todos y todas.

2.1.3.3 ¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE EJERCER LOS DSR DE ADOLESCENTES?

Este enfoque ampliamente aceptado por la comunidad de derechos humanos no es sencillo materializarse en políticas públicas ó en enfoques educativos, particularmente en países pobres y en sociedades inequitativas; más aun cuando estos acuerdos tienen alguna relación con el ejercicio de la sexualidad y el control de la reproducción. Esto hace que muchas veces los derechos, que son reconocidos para los adultos, encuentren serias resistencias para ser admitidos en los/las adolescentes. Los derechos humanos son universales, pero cada etapa del desarrollo humano tiene especiales características y por tanto necesidades. Estas deben ser entendidas y atendidas a través de políticas y programas que permitan el

⁶¹ Defensoría del Pueblo. Resolución Defensorial N° 28-2000/DP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 15 de mayo del 2000. Primer considerando.

⁶² MINSA. Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima 2004.

⁶³ Liliana del Carmen la Rosa Huertas. “Derechos sexuales y reproductivos de Adolescentes en el Perú. ¿Cuáles son, cómo se garantizan y cuál es la agenda pendiente”. INNOVANDO.2004-2005. Mayor información del tema en págs. 68 al 78.

desarrollo pleno de cada persona a lo largo de su vida. La promoción y la garantía de exigibilidad de los derechos, implica inversión presupuestaria y programática significativa que debe ser asumida con seriedad por el Estado.

Cuadro Nº 03: Efectos de la no inversión en SR y consecuencias en adolescentes y familias⁶⁴

Efectos sobre la Salud Reproductiva	Consecuencias para adolescentes	Consecuencias para familias, sociedad y el desarrollo
Embarazo y alumbramiento precoz	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgos de complicaciones del embarazo - Deserción escolar - Menores opciones de empleo - Pobreza - Responsabilidades y presiones excesivas - Limitado potencial de Desarrollo retraso en bono demográfico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor morbi-mortalidad de madres y RN - Menores posibilidades de erradicar pobreza - Menor capital humano, menos capacitado, menores ingresos - Mayor crecimiento poblacional,
Embarazo no deseado	<ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/>Recurso al aborto en malas condiciones - Maternidad sin unión y precoz - Número de hijos mayor al esperado - Menores oportunidades de auto desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Menores inversiones en necesidades y desarrollo de niños - Refuerzo de desigualdad de género, pérdida de oportunidades socioeconómicas y de desarrollo pleno - Mayor crecimiento poblacional, menor bono demográfico
Abuso, violencia y explotación sexual. Violencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Traumas psicológicos, físicos y emocionales - Embarazo no deseado, aborto realizado en malas condiciones - Menor capacidad para establecer relaciones de confianza, intimidad y RS. - Menor libertad, vida sujeta a Temor 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de violencia sexual por motivos de género - Refuerzo de aceptabilidad de la violencia - Menor nivel educativo, mayor ausentismo laboral y pérdida de ingresos - Mayor delincuencia - Depresión
ITS, VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Muerte prematura o menor potencial para el auto desarrollo - Discriminación y estigma - Mayor pobreza - Infecundidad y Orfandad 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de productividad e inversiones - Perturbación de los sistemas sociales y económicos - Sobrecarga del sistema de atención en salud - Destrucción de las redes familiares
Subempleo, baja participación civil y social	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimientos prácticos y aptitudes - Trabajo infantil, explotación sexual, y sexo transaccional - Pobreza y Limitada expresión de intereses propios - Incapacidad para uso de instituciones democráticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Perjuicio a la estabilidad y Seguridad nacional. - Menor crecimiento económico Y desarrollo social - Mayor marginación - Poca participación en Instituc. - Jóvenes percibidos como fuente de violencia social.

Fuente: UNFPA.

En el caso de adolescentes, los derechos humanos tienen especiales connotaciones por las diferentes características de crecimiento y desarrollo intensivo, a nivel físico, psicológico y social en que se

⁶⁴ UNFPA: Invertir en adolescentes y jóvenes, una prioridad/en línea/. Adolescentes y jóvenes, los más pobres y vulnerables. / consultado el 5 de noviembre de 2008/. Disponible en: <http://www.onu.org.pe/Upload/infocus/UNFPA-Invertir-Jóvenes.pdf>.

encuentra el ser humano en este momento de la vida. Vivir la adolescencia⁶⁵ implica tener asegurada la: Protección, participación, acceso a servicios, acceso al trabajo, acceso al juego, arte y deporte (ver glosario de términos).

Garantizar el derecho a "ser adolescente", incluye inversión en protección, promoción del desarrollo de habilidades y ejercicio de derechos humanos; la aceptación de esta responsabilidad social, implica que las familias, comunidades y el Estado, garanticen que la adolescencia transcurra en un marco de afecto, contención, seguridad y promoción. Un elemento clave para el progreso social, económico y político. Pues no invertir en la SSR tiene consecuencias funestas no solo para los/las adolescentes y jóvenes, sino también para las familias (ver cuadro N° 03). Entonces, se reconoce a la Salud como un derecho elemental del ser humano y a la SSR como un fundamento integral de la salud en general. Y sobre los DSR de los/las adolescentes es un asunto a tener en agenda para el ejercicio de sus derechos (ver cuadro N° 04) y poder garantizar esos derechos.

Cuadro N° 04: Agenda de derechos de adolescentes

Incluye: a) Ser protegidos por sus familias, ser queridos, cuidados. b) Alimentarse bien, tener un hogar sin violencia. c) Ir a la escuela y terminar la secundaria. d) Jugar, divertirse, estar con sus amigos y amigas. d) No ser discriminados por el color de la piel, su acento al hablar, su situación económica o por tener relaciones sexuales o hijos. e) Ser escuchados en casa, en el colegio, en la comunidad. f) Ser respetados en su capacidad para tomar decisiones, los adultos sólo deben informar y orientar. g) Incentivar para mejorar. h) Acceder a información sobre lo que nos interesa: la sexualidad, el enamoramiento, la relación con los padres y los adultos en general, el trabajo, etc. i) Participar en la vida comunitaria con opinión y aportes prácticos concretos. j) Trabajar sin ser explotados por los adultos. k) Tener servicios de salud gratuitos. l) No ser juzgados por sus errores, respetar que están en formación y hay muchas cosas de las que no están informados. Orientarlos con paciencia, e incentivarlos a seguir adelante. m) Controlar lo que hacen los servicios públicos para Adolescentes y la forma en que funcionan. n) Defenderse de lo que les hace daño, incluso de sus familias cuando éstas no cumplen con su rol.

Fuente: DSDR de adolescentes en el Perú. La Rosa Huertas, Liliana, 2006.

2.2 CONDICIONANTES CLAVES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DEL ADOLESCENTE: CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS

"la salud sexual y reproductiva está fuera del alcance de muchas personas en todo el mundo, a causa de factores como desconocimientos insuficiente sobre sexualidad humana, información y servicios insuficientes y de mala calidad en materia de salud sexual y reproductiva, las prácticas sociales discriminatorias y las actitudes negativas hacia las mujeres , niñas y adolescentes..."
Conferencia de El Cairo. 1994.

2.2.1 ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE CALIDAD: MEJORANDO LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS PARA ADOLESCENTES

La mayor parte de programas y proyectos utilizan el término de "calidad" como sinónimo de competencia técnica y son pocos los que incluyen en su foco de atención la satisfacción de necesidades de los/las

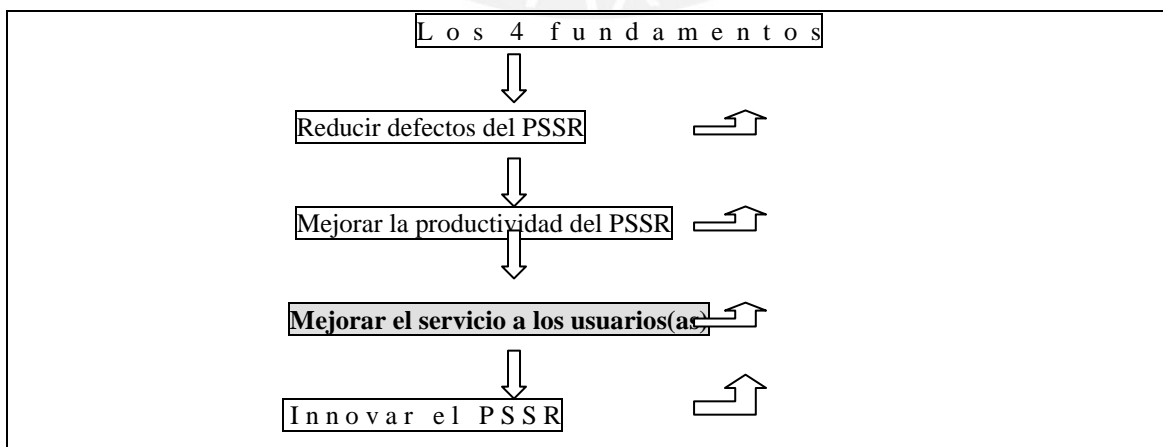
⁶⁵ Liliana del Carmen La rosa Huertas. Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú. ¿Cuáles son, cómo se garantizan? y ¿cuál es la agenda pendiente? INNOVANDO. Auspicios de IWCH Y CONAJU. Colaboración: IES, CONTRAJU, CONADES. Julio 2006.págs. 18 y 19.

usuarias(os). Sin embargo, en Huaycán, se percibe interés en el tema por parte de los proveedores(as) de salud para tomar en cuenta detalles importantes en el momento de la consulta, además de ser capacitados en técnicas para dar “Información, Educación y Comunicación”.

Mejorar la calidad de la atención de los clientes/usuarios(as) implica entender sus valores culturales, experiencias pasadas y sus percepciones acerca del papel del sistema de salud, y luego reunir a los proveedores de servicios de salud y a la comunidad para establecer una visión común de lo que es la calidad. Con respecto a los proveedores de atención, mejorar la calidad⁶⁶ implica identificar aquello que los estimula, tener en cuenta sus necesidades (incluida la necesidad de apoyo general administrativo y logístico por parte del sistema de salud), ayudarlos a entender mejor el concepto de calidad que sus clientes tienen y ver la forma de como responder a dichas expectativas. Se están utilizando estudios etnográficos, así como análisis de situación y otras iniciativas de investigación, para buscar y establecer formas de medir la calidad, desde el punto de vista tanto de los proveedores de atención como el de los usuarios(as). Además de la participación de los actores. Asimismo, es necesario realizar estudios para verificar si la iniciativa dirigida a mejorar el desempeño de los proveedores (mediante su capacitación, el uso de medios auxiliares para apoyar su trabajo, así como de herramientas de auto-evaluación, una mayor supervisión y la evaluación sostenida de sus tareas) ha sido lo esperado.

Para desarrollar y conocer la calidad de atención se aborda previamente algunos conceptos teóricos que nos guíen en las definiciones y en la ubicación teórica sobre lo que se pretende analizar. Es por ello que considero algunos argumentos, en forma breve, de autores dedicados al estudio de la “calidad”, donde consideran: a) fundamentos de calidad. b) plan de acción para el programa. c) beneficios del programa. d) un servicio de calidad. e) cultura de servicio. d) principios de calidad (ver anexos). Existen, según Sandgrove (1997); 4 fundamentos⁶⁷ de la calidad de atención en el servicio: reducir defectos, mejorar la productividad; mejorar el servicio a los usuarios(as) e innovar. (Ver figura N° 01 y para ver definiciones ir a glosario de términos).

Figura N° 01: Los 4 fundamentos de la calidad de atención



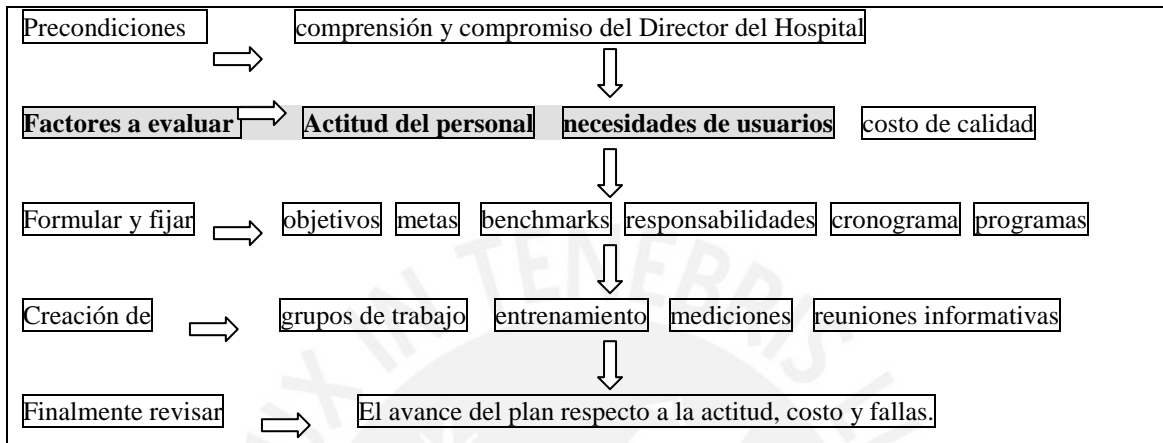
Fuente: adaptado de kit Sandgrove.-1997.

⁶⁶ Calidad de atención. MINSA- Perú 2008.

⁶⁷ Kit Sadgrove. Cómo hacer que funcione la calidad total. México. 1997. págs. 13 al 16.

Y para mejorar la calidad de los servicios, Sandgrove; propone la necesidad de elaborar un plan de acción⁶⁸, un plan que implique la acción integral de todos los profesionales (ver figura N° 02 y revisar glosario de términos), siendo los factores a evaluar: la actitud del personal de salud y las necesidades de los/las usuarios(as). Aspectos considerados en este trabajo de investigación, en conjunto con la participación de los aliados estratégicos (participantes e informantes claves).

Figura N° 02: Plan de acción



Fuente: Plan de acción para ACT-kit Sandgrove.

En esta perspectiva, se entiende que la “calidad” es una actitud⁶⁹, donde no existen caminos cortos hacia la calidad, donde los métodos antiguos han quedado obsoletos y donde todos estamos comprometidos con la calidad. Significa entonces, cambiar la actitud de los/las profesionales de salud y modificar la forma de operar de la institución hospitalaria. Proceso de cambio que puede conducirnos a un solo camino, que es lograr significativos beneficios⁷⁰ (ver figura 3): beneficios para el/la usuario(a), beneficios para el Hospital y beneficios para el personal de salud.

Figura N° 03: Beneficios de un programa

Beneficios para el/la usuaria(o)		
1	Menos problemas con el servicio	2 Se cuida mejor al usuario(a)
		3 Mayor satisfacción
Beneficios para el Hospital		
1	Mejora de la calidad	personal motivado
		3 aumento de productividad
		4 reducción de costos
5	Disminución de defectos	6 solución de problemas con mayor rapidez
Beneficios para el personal de salud		
1	Potenciación	2 mas entrenamientos y habilidades
		3 mayor reconocimiento

Fuente: adaptado de programa ACT de Kit Sandgrove. 1997.

⁶⁸ Kit Sadgrove. Cómo hacer que funcione la calidad total. México. 1997. págs. 61 al 63 y 125 al 129.

⁶⁹ Kit Sadgrove. Cómo hacer que funcione la calidad total. México. 1997. pág. 20.

⁷⁰ Kit Sadgrove. Cómo hacer que funcione la calidad total. México. 1997. pág. 25.

Luego de analizar estos 3 argumentos teóricos (fundamentos, plan de acción y beneficios), entendamos el significado de lo que es un servicio de calidad⁷¹. En el contexto de salud, un servicio de calidad, además de proporcionar las necesidades (específica y psicológica) solicitados por el/la usuario(a), lo hace de manera atenta, escuchando con atención; demostrándole aprecio, afecto e interés de satisfacer sus necesidades. (Ver cuadro N° 05 y glosario de términos). Ejemplo:

Cuadro N° 05: El servicio de calidad

Necesidades específicas de el/la usuario(a)	Necesidad psicológica de el/la usuario(a)	El servicio de calidad
Necesidad de consejería en planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> - sentirse apreciado - sentirse feliz en el consultorio - sentirse importante 	Además de proporcionar la consejería solicitada por el/la usuario(a), lo hace de una manera atenta, escuchándolo con atención, demostrándole aprecio, afecto e interés de satisfacer todas sus necesidades.

Fuente: adaptado de Enrique Muller de Lama. Cultura de calidad de servicio-1999.

Sin embargo, es posible que el Hospital de Huaycán afronte una serie de problemas respecto a la calidad de atención del servicio⁷² del PSSR y de cualquier otro programa, si es que: no se tienen claro los conceptos de cultura y de calidad de servicio; no se tiene cultura de invertir en calidad; hay una alta rotación del personal encargado; no se tienen estándares de calidad de servicios; sus programas de calidad no son cambios culturales y no hay conciencia de que estamos en la era de la calidad del servicio. Problemas a identificarse, más adelante, en el trabajo de investigación.

Esto significa, como lo argumenta Lama (1999)⁷³; desarrollar un modelo cultural y un plan maestro de cambio, que en el caso; le permita al programa pasar de una cultura actual (como estamos hoy), a una nueva cultura (como queremos estar a futuro). Y para lograr una cultura de calidad de servicio implica aplicar técnicas básicas de cambio en toda la institución. Técnicas que tengan que ver con: conceptos básicos de calidad de servicio, misión y filosofía de servicio, índice de satisfacción del usuario, índice de satisfacción del personal, estándares de servicio, entrenamiento, curso “escuchando al usuario”, curso de habilidades de servicio, medidas de efectividad y comunicación de la nueva cultura, etc. Se espera al final del trabajo de investigación alcanzar una propuesta de intervención, una propuesta de cambio.

Una propuesta de cambio de calidad total (CT) que incluya de ser posible, algunos de los 22 principios sugeridos por los Maestros de la calidad⁷⁴: compromiso, administración, liderazgo, equipos de mejora de calidad, medición de la calidad, corrección de problemas, comité de calidad, capacitación y educación, objetivos de calidad, prevención de errores, reconocimiento y recompensas, crecimiento con rentabilidad, conocimiento de competidores, planeación estratégica, cultura de calidad, enfoque total de sistemas,

⁷¹ Enrique Muller de la Lama. Cultura d calidad de servicio. Editorial trillas. México. 1999. págs. 55-56.

⁷² Enrique Muller de la Lama. Cultura de calidad de servicio. Editorial trillas. México. 1999. págs. 56-57.

⁷³ Enrique Muller de la Lama. Cultura de calidad de servicio. Editorial trillas. México. 1999. págs. 87 al 91.

⁷⁴ Edwards Deming, Joseph Durán, Mikel Harry, Kaoru Ishikawa y Shigeo Shingo. Conceptos y fundamentos que aportan los maestros de la calidad. Desarrollo de una cultura de calidad de Humberto Cantú delgado.2006.págs.37 al 53.

administración de la información, políticas de calidad, constancia y propósito para la competitividad, métodos de supervisión, diseño de productos y procesos, control del proceso, relación con proveedores y auditoría o evaluación al sistema de calidad.(ver anexos).

De ésta propuesta interesante; sobre el desarrollo y aplicación de los principios de calidad, creo identificar el área concerniente a Mejoramiento de la calidad, para lo cual mi participación será analizar en general el PSSR tomando en cuenta algunos enfoques propuestos por los Maestros de la calidad.

2.2.2 ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*“Lograr salud requiere que conozcamos y defendamos nuestro derecho a servicios de calidad y a una atención que respete y valore nuestros aportes y nuestra capacidad de decidir”.*⁷⁵ CIPD, 1994.

El mercado de servicios de salud tendrá una necesidad de revalorizar las prioridades e implantar acciones estratégicas que permitan la utilización y organización óptima de los recursos. Normalmente, la comunidad emprende actividades relativas a la asistencia sanitaria a fin de obtener beneficios para sus miembros. La mayoría de los economistas defienden un criterio: “Eficiencia de Pareto”, en honor al economista y sociólogo italiano Wilfredo Pareto (1848-1923⁷⁶). El criterio de eficiencia⁷⁷ surge del hecho de que nunca habrá suficientes recursos para satisfacer completamente todas las necesidades humanas (los economistas se refieren con ello a la noción de escasez). Dado que siempre está presente la escasez, el uso de recursos en una determinada actividad beneficiosa implica un sacrificio en otras, es decir que la comunidad incurre en ciertos costos y pierde la oportunidad de utilizar estos recursos en otras actividades beneficiosas. En el contexto de salud, se identifican los siguientes tipos de eficiencia:

- a) **eficiencia clínica.-** referente a la provisión de la mejor atención posible en la que se combinan los tiempos y la secuencia de servicios, de tal forma que produzca el mayor incremento en salud para el paciente con los recursos disponibles.
- b) **Eficiencia en la producción de servicios.-** respecto a la forma en que son producidos los servicios, tomando en cuenta la calidad del sistema de producción, pero no como un componente de la calidad de la atención en si misma.
- c) **Eficiencia administrativa.-** donde las diferentes interacciones se producen en el contexto de un hospital con el fin de producir salud.

Por otro lado, los economistas de la salud proponen que la eficiencia económica implica que la elección en asistencia médica debe ser realizada de forma que se consiga el beneficio máximo de los recursos a

⁷⁵ Plan de acción de El Cairo, capítulo VIII, medida 8.6. 1994. Biblioteca de Flora Tristán.

⁷⁶ Joseph E. Stiglitz. La economía del sector público: La eficiencia del Mercado. columbia university.3ra. edición.-España, 2002.

⁷⁷ Revistas de economía de la Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM), consultado en mayo del 2009. disponible en: <http://economia.unmsm.edu.pe/servicios/publicaciones/revistas/articulos/REV007/REV07-ART01.pdf>.

disposición de la comunidad. Esto implica que, un tratamiento o la demanda de un servicio médico no pueden ser preferidos sobre otros, sólo por ser más barato; la elección dependerá de los beneficios y de los costos relativos.

2.2.2.1 FACTORES DETERMINANTES EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

“Los valores se convierten en cultura cuando demuestran que sirven para integrar internamente y para adaptar la organización al entorno: en definitiva, cuando tienen éxito y son enseñados a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir; a partir de ese momento dichos valores se convierten en creencias básicas y son asumidos casi inconscientemente por los miembros de la organización, guiando su conducta”. Schein, 1985.

En la utilización de los servicios de SSR se puede apreciar una integración entre hacer uso del servicio (consumidores) y los que brindan el servicio (profesionales de la salud). Es una conducta compleja determinada por una amplia variedad de factores.

La interacción entre los profesionales de la salud y las pacientes no ocurre dentro de un vacío, sino dentro de una organización rodeada y modificada por factores sociales y culturales. La concepción de cultura⁷⁸ se percibe de variadas formas: para unos se trata de conductas observadas con regularidad en las organizaciones; para otros se trata de las normas que se van generalizando entre los grupos, y algunos conectan la cultura con los valores dominantes recogidos por la organización; otros consideran cultura al ambiente o clima que se respira y finalmente otros hablan de la filosofía que guía a una organización (Villoria y Del Pino, 1997). Al respecto, la teoría de Schein (1985, p.6), que parece ser el argumento más usado refiere que *“ cultura, son pautas o patrones de asunciones básicas y creencias- inventados, descubiertos o desarrollados por un grupo mientras aprende a afrontar sus problemas de adaptación externa e integración interna”*

Entonces los posibles factores determinantes en la calidad de atención de los servicios de salud son⁷⁹:

A) FACTORES DEL USUARIO (demanda de servicios de salud)

Muchas de las características de los/as usuarias están relacionadas con la utilización de los servicios de salud. El nivel de enfermedad ó necesidad de atención médica es uno sólo. Sin embargo, algunos autores incluyen indicadores de necesidad de atención médica al nivel de: movilidad, los síntomas percibidos de enfermedad, la limitación crónica de la actividad y el diagnóstico. Estos factores desde la perspectiva del usuario(a)⁸⁰, pueden ser:

- **La percepción de la enfermedad.-** ó la probabilidad de que ocurra es un factor necesario para la utilización de los servicios de salud. Una vez que se requiere atención, los factores relacionados con usuarias/os resultan mucho menos importantes en el uso posterior de los servicios.

⁷⁸ Manuel Villoria Mendieta. Ética Pública y corrupción: curso de ética administrativa. La cultura organizativa. Madrid, España, 2000. págs. 111 al 115.

⁷⁹ Revistas de economía de la Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM), consultado en mayo del 2009. disponible en: <http://economia.unmsm.edu.pe/servicios/publicaciones/revistas/articulos/REV007/REV07-ART01.pdf>.

⁸⁰ Dever, G.E.Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud maryland: OPS, 1991. Mencionado en la clase de Epidemiología, de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva en la USMP 2008.

- **Factores socio-demográficos.**- incluyen edad, sexo, raza, factores étnicos, estado civil y nivel socioeconómico (educación, ocupación e ingreso). Aunque, es difícil determinar si estas variables afectan realmente el uso de los servicios ó simplemente reflejan diferencias en los niveles de enfermedad (patrones de mortalidad y morbilidad). Es la epidemiología analítica la que se ocupa de estos estudios, como determinantes de la utilización de los servicios de salud.
- **Factores socio psicológicos.**- Se sabe desde hace mucho tiempo, que cada individuo tiene una percepción diferente de los síntomas de la enfermedad que los afecta. Algunas personas ante ciertas molestias pueden actuar inmediatamente; solicitando atención médica, mientras que otras personas pueden elegir desatenderlas ó no actuar sobre esas molestias.
- **Factor económico.**- referida específicamente a “la posibilidad de pagar” los servicios. Es la relación entre precios e ingresos de servicios, ó capacidad económica del paciente ó la usuaria.
- **Factor cultural.**- los valores sociales también ejercen influencia en la utilización de los servicios de salud. El acceso y la inaccesibilidad están influidas por aspectos culturales, étnicos o por grupos de referencia. Gran parte de los pobladores que acuden a los servicios de salud son originarios de provincias, y que aún creen y confían en personas no profesionales dentro de su grupo (familia, parientes, amigos, empíricos y/o charlatanes de salud)), quienes probablemente determinan su conducta, respecto a la utilización de los servicios de salud. En ese sentido la atención de salud exige la urgencia de diseñar un modelo de enfoque de derechos humanos, enfoque género (participación equitativa) y enfoque de interculturalidad (que es el adecuar los servicios acorde a las características socioculturales de cada población, ofreciendo servicios de calidad que respeten las creencias locales e incorporen en la atención su propia costumbre).

B) FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD(oferta de los servicios de salud)

Para Moore (1998)⁸¹, el sector público a pesar de crear valor en la provisión de determinados bienes y servicios, crea valor en la manera en que produce dichos bienes, es decir a través del diálogo, participación social y respeto a los valores constitucionales y democráticos. Y en sentido amplio, es importante entender, que el cliente final de la actividad pública no son los individuos, que obtienen servicios(los usuarios), sino los ciudadanos y sus representantes en el gobierno, que tienen ideas mas generales sobre como se debe organizar una institución hospitalaria (por ejm. HH) o como se debe administrar un programa (por ejm PSSR). Son ellos quienes deciden lo que merece la pena producir en el sector público, y sus valores. Son los que, en definitiva, cuentan a la hora de juzgar si un programa es valioso ó no⁸².

Los factores de los servicios de salud, involucra a los/as) profesionales de la salud y a la Institución Hospitalaria, que son los ofertantes de salud y son los que de alguna manera influirán en el acceso y accesibilidad de usuarias(os) a los servicios de salud. Bajo esa perspectiva, en el proceso de interacción de usuarias(os) que demandan atención médica y profesionales que brindan (ofertan) el servicio se

⁸¹ Mark Moore. Gestión estratégica y Creación de valor en el sector público. Barcelona, 1998. Mencionado en la clase de Gestión Pública, del profesor Ausejo, Maestría en Ciencia política. PUCP.2007.

⁸² Mark Moore. Gestión estratégica y Creación de valor en el sector público: Visiones del valor público. Barcelona, 1998.

encuentra varios modelos de atención con elementos predictores del uso de servicios de salud. Se toma como referencia el “modelo económico”⁸³, en el cual se plantean dos propuestas: a) Modelo basado en el análisis de la demanda (precios del servicio e ingresos familiares). Y b) Modelo basado en la teoría del capital humano (motivo de inversión).

B.1 PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

Es uno de los principales determinantes de salud⁸⁴, así:

- **Características económicas.-** Existe una creciente tendencia entre los economistas de la salud, en el sentido de que la interacción tradicional entre oferta y demanda no resulta aplicable en el mercado de la salud. Por el contrario, la alternativa del “desplazamiento demanda” ó hipótesis de la inducción, indica que los/las profesionales de salud tienen la capacidad de generar demanda para sus servicios ó para decirlo en términos económicos, pueden desplazar la posición de la curva de demanda de los consumidores. Hipótesis sugerida por Fuchs y Kramer (1972), quien reveló que los factores de la oferta, tecnología y número de médicos son determinantes en la demanda de usuarias/os a los servicios de salud. Y llega a conclusiones interesantes: a) La necesidad de salud es diferente según el punto de vista del profesional ó del usuario. b) La aparición de una enfermedad en un momento dado es un fenómeno involuntario, a menudo de carácter urgente (caso del adolescente: que va en casos de embarazo ó tiene alguna ITS.). c) Los consumidores no saben a que servicios recurrir, simplemente saben que desean ser tratados y dejan librada al médico/obstetra (responsables del PSSR) la decisión de cuáles servicios son adecuados. Entonces, el/la profesional de salud se encuentra en la situación paradójica de ser productores de servicios y de tener que decidir por el usuario sobre cuáles son los servicios que estos deben consumir. d) La mayoría de los tratamientos requieren aceptación por parte del paciente y/o usuarios (as).
- **Características de los/las profesionales de salud.-** son los que determinan la utilización de los servicios de salud y su conducta en la generación de la utilización de los servicios, depende de: su grado de especialización, los años de experiencia e identidad profesional; y que tienen que ver en que consiste su trabajo, cómo la concibe, cómo la vive y cuál es la perspectiva del usuario al que atiende. Y también tiene que ver con la ética y el profesionalismo.

Al respecto, cuando los consumidores⁸⁵ van al médico, lo que compran en gran medida son sus conocimientos y su información. Como pacientes, los consumidores, deben confiar en sus opiniones sobre las indicaciones dadas, intervenciones y otros procedimientos necesarios. Como carecen de conocimientos en medicina, no pueden evaluar correctamente los consejos de los médicos, y es posible

⁸³ Fuchs V.P. y Kramer M.J. Determinants of expenditures for physician’s services in the united status. 1948-1968.Publicación DHEW n # (HSM) 73-3013. Washington D.c. Imprenta del gobierno de EE.UU. dic. 1972.

⁸⁴ Fuchs V.P. y Kramer M.J. Determinants of expenditures for physician’s services in the united status. 1948-1968.Publicación DHEW n # (HSM) 73-3013. Washington D.c. Imprenta del gobierno de EE.UU. dic. 1972

⁸⁵ Joseph, Stiglitz. La economía del sector público: La sanidad. España, 2002. Mencionado en la clase de Análisis político, del profesor José Luis Chicoma, Economista y Catedrático de la Maestría en Ciencia Política, PUCP, 2006.

que tampoco puedan ver si el profesional está cualificado. Esto explica porque el Estado interviene en la concesión de permisos, regular pautas, regular medicamentos y regular programas a administrarse en los pacientes o usuarios(as).

B.2 LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

La Institución Hospitalaria se considera como uno de los principales proveedores de salud desde las instancias del Estado Peruano, y el análisis mide⁸⁶:

- **Factores organizativos.**- incluyen estructuras y procesos de la organización en la atención médica que rodean y afectan al proceso (la interacción médico-paciente). Factores que comprenden: a) disponibilidad de recursos b) accesibilidad geográfica y c) accesibilidad social. d) características de la estructura e) El proceso de prestación de servicios.
- **Tecnología.**- es un factor sociocultural que ejerce su influencia sobre la persona, propiciando una mayor ó menor demanda. Por lo que se le define como conocimiento aplicado, que incluye no sólo aparatos y medicamentos, sino también la tecnología de información y de organización.

La importancia, en ambos casos, radica en la satisfacción de necesidades de salud del usuario(a). La satisfacción del usuario es una característica que puede determinar la utilización ó rechazo del servicio. Si las personas no consiguen satisfacer sus necesidades de salud en una determinada Institución, buscarán consultar con otro prestador de servicios hasta satisfacerlas.

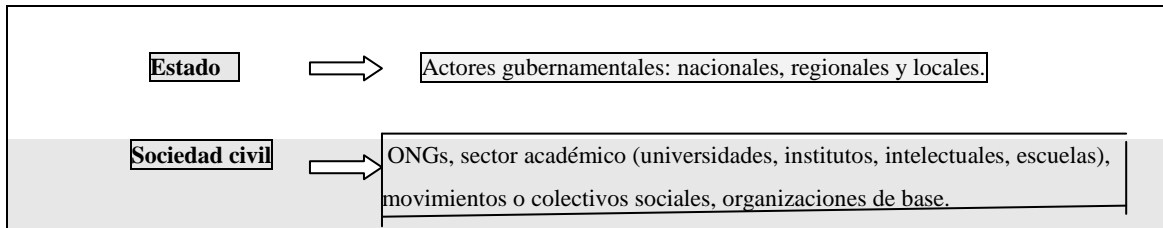
C) FACTORES DE MECANISMOS DE COORDINACIÓN CON SOCIEDAD CIVIL

“La participación es un proceso a través del cual los actores (stakeholders) influyen y comparten el control sobre las iniciativas de desarrollo y sobre los recursos que les afectan”
Banco Mundial, 1994.

Una política pública (PP)⁸⁷ puede o debe ser una acción conjunta, por lo tanto, su diseño puede venir desde varios sectores. Sin embargo su ejecución y responsabilidad, es del Estado. El diseño de una PP puede venir desde la ciudadanía hasta el gobierno. Es decir, que la sociedad civil en este caso juega un rol importante en la planificación de programas que el estado puede desarrollar; pues puede ser diseñadora y beneficiaria. Otra razón importante es que la mayoría de las PP busca garantizar o proteger, de manera directa o indirecta, los derechos de los ciudadanos. Sea quien sea el catalizador de la idea de la PP, debe buscar un fuerte componente de participación en todas sus etapas. (Ver figura N° 04).

⁸⁶ Dever, G.E.Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud maryland: OPS, 1991.

⁸⁷ Medellín Torres, Pedro. La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. División de Desarrollo social-CEPAL- políticas sociales.2004.

Figura N° 04 Participantes de las Políticas Públicas


Fuente: CEPAL, 2004.

Es prioritario promover, con amplia incorporación de percepciones y conocimientos locales, la inversión en conocimiento de la realidad institucional. Pues sigue siendo muy insuficiente, perjudicando la identificación de los cuellos de botella del desarrollo institucional. Prats (1997:90), recuerda que: *“no es la situación objetiva la que determina la posibilidad de cambio institucional, sino la percepción subjetiva de los líderes y su correspondiente capacidad para la acción”*⁸⁸.

Para identificar a los aliados estratégicos, se toma en cuenta el análisis de los Stakeholders⁸⁹, “los involucrados”; quines son personas ó grupos, vecinos, organizaciones, sociedades e Instituciones y el ambiente natural. De quienes, según Freeman; pueden afectar ó ser afectados por los logros de los objetivos de la organización. Siendo sus principales atributos: **a)** El poder (P. y Weber), sobre el tipo de recurso usado para el ejercicio del poder: Poder coercitivo (fuerza física); Poder utilitarista (basada en fuentes materiales y finanzas); Poder normativo (fuentes simbólicas). **b)** La Legitimidad y **c)** Urgencia; que es el grado en el cual el stakeholder puede actuar de forma inmediata. Características, que le permiten a un stakeholder ser identificados por su posición ó atributos e intervenir ante un determinado problema y que en conjunto permitan tomar decisiones acertadas.

Dado que nadie conoce mejor que los propios interesados, sobre que cosas le favorecen y que los perjudican, la mejor manera de identificar a los involucrados, beneficiados y perjudicados, es preguntando. Todas las políticas se debieran hacer en diálogo con la sociedad, cuyos miembros debieran participar tanto en el diseño como en el proceso político de la aprobación y la implementación; es en el diálogo con los distintos componentes de la sociedad, en que se pueden conocer quienes son los involucrados. El objetivo de las alianzas es el principio de ayuda mutua, porque es una manera de influenciar sobre la sociedad. El análisis de los involucrados ofrece información ordenada y clasificada sobre las posibles acciones de los afectados que es útil para la toma de decisiones, pero no sustituye a la discreción y buen juicio de quienes la toman. Al respecto, en lo que me concierne en el presente trabajo de investigación; es realizar un “mapeo de actores” de los involucrados y los no involucrados en la comunidad de Huaycán, en su relación con la problemática de adolescentes del PSSR del HH. Acciones, todas, que nos permitirá fortalecer los mecanismos de coordinación entre MINSA y sociedad civil, para que se conviertan en mecanismos que puedan acercar a usuarios(as) y servicios en un diálogo de calidad.

⁸⁸ Koldo Echevarria Ariznabarreta. Instituciones, Reforma del estado y Desarrollo: de la teoría a la práctica. World bank 2000.

⁸⁹ Ronald Mitchell y Bradley Agle, Donna Word. Camino a una teoría de Identificación y sobresalientes actores: definiendo principios de quién y qué cuenta realmente. Academia de administración. Vol 22. N° 04 Octubre de 1997.

2.2.2.2 MEDICIÓN DEL IMPACTO⁹⁰ DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

No se puede mejorar sin medir... "Puede parecer asombroso, pero como otras grandes entidades, la nuestra está dominada por consideraciones de input: ¿Cuánto gastamos, cuánta gente tenemos, que reglas nos gobiernan? Y muchísimo menos por consideraciones de output: ¿funciona esto, y está cambiando y mejorando la vida de la gente?"

Bill Clinton, dicha al firmar el Government performance and results Act. Agosto de 1993.

La evaluación del impacto de las políticas, programas e intervenciones institucionales, consiste en hacer que las cosas funcionen mejor. Sin embargo la carencia de indicadores de desempeño es la primera y más importante patología de las entidades públicas.

La medición de los productos (output) e impacto (out come) de un programa o institución debe hacerse en base a indicadores, y la tipología es como sigue:

- a) **Indicadores de relevancia y eficacia.-** referidos al alcance y el impacto de la política pública: volumen de usuarios atendidos, efectividad de la atención, % de la población atendida, volumen de recursos erogados, etc. En suma ¿cuánto se ha hecho? Y ¿se ha hecho la dirección correcta?
- b) **Indicadores de eficiencia.-** aquéllos que comparan el alcance e impacto con los recursos invertidos. Costo por usuario atendido, gastos de administración institucional comparada con recursos canalizados a la institución, productividad de los trabajadores, etc. En suma ¿cuánto costó lo que se hizo?
- c) **Indicadores de calidad.-** pueden ser objetivos, como por ejemplo el tiempo promedio de atención a una demanda, o subjetivos (no por ello menos importante) derivados de encuestas de satisfacción de usuarios (as). En suma ¿qué tan bien se hizo?
- d) **Indicadores de economía de recurso públicos.-** se refieren al volumen de recursos privados movilizados con cada peso de recursos públicos aportado. En suma ¿se consiguieron recursos adicionales para hacerlo?

En el presente trabajo de investigación se busca medir los **out comes** (impacto de un programa) y los indicadores a evaluar son los de **eficacia** y los de **calidad**. Es decir medir ¿cuánto se ha hecho? Y ¿qué tan bien se hizo?

⁹⁰ Mario Waissbluth. "La Reforma del Estado en América Latina: Zanahorias, garrotes, sermones y la medición de su impacto". Guía abreviada para exploradores en la jungla. Polis. Programa Latinoamericano de gerencia Pública. Chile, diciembre del 2002.

2.2.3 EL TEMA DE CALIDAD: UN TEMA DE DEBATE Y COMPROMISO

“...llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud, permita extender la cobertura y aumentar la calidad de los servicios de salud...” así como...”reubicar al usuario como centro de las actividades del sector, facilitándoles el acceso a la información necesaria, incluyendo los de impugnación y resarcimiento...”.
Lineamientos de política de salud 1995-2000.

Se identifica básicamente casos como la calidad en los servicios de salud del MINSA, luego la calidad de atención en los servicios de SSR y la especificación de contenidos de calidad de atención de un servicio de SSR para adolescentes.

2.2.3.1 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSA

La carencia de un sistema de vigilancia que monitorizara ó evaluara periódicamente el nivel de la calidad de atención de salud en el MINSA, así como el sistema de información del Ministerio que estaba constituido por varios elementos que procesaban la información en diversos niveles, datos que eran registrados a nivel regional en las DIRES y a nivel nacional en el MINSA, dificultaban la labor de la optimización de los servicios de atención. Por ello, MINSA, desde el año 1993, establece que Calidad ⁹¹ es uno de los fundamentos de la prestación del servicio de salud, donde las principales características de la atención en salud son: accesibilidad; oportunidad; seguridad; racionalidad técnica y otros componentes de calidad, que según la ley se considera la atención humanizada y la satisfacción de los/las usuarios.

Para cada persona, para cada adolescente, la idea de calidad en los servicios de salud⁹² puede significar cosas distintas. Para unos significa con que las Instituciones tengan buenas condiciones materiales, recursos suficientes y con personal bien preparado para desempeñar sus tareas. Y para otros, calidad de atención en salud tiene que ver con las buenas relaciones interpersonales entre los/las responsables de la atención de un programa. Y otros aspectos de calidad de atención también tienen que ver con la eficiencia técnica y profesional. Ante estas inquietudes, surge el proyecto 2000; el cual concibió el concepto de calidad como: *“Un proceso a través del cual una organización planifica y entrega un servicio par satisfacer al cliente como los recursos disponibles, a bajo costo y con resultados óptimos para el/la usuaria y la organización.”*⁹³

El Modelo de calidad⁹⁴ sugerido por el PCMI⁹⁵ (ver figura N° 05), puntualiza 4 parámetros técnicos y un quinto elemento de naturaleza estratégica (ver figura N° 06) que busca cambios. Los cuales se obtendrán del componente de entrega de servicios, los relacionados con la demanda, en la medida en que los

⁹¹ Argumento de calidad, según Ley N° 100-1993. Y a través del decreto supremo N° 2174 de 1996, se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema de seguridad social en salud. Constitución política del Perú.

⁹² Estudio sobre la Salud sexual y reproductiva: un derecho. Flora Tristán.1997. págs. 19 al 22.

⁹³ Proyecto 2000, “Mejoramiento continuo de la Calidad de servicios de salud Materno-infantil”. Documento interno de trabajo MINSA/ Proyecto 2000, Lima, Perú, 1998.

⁹⁴ Modelo de calidad: Claudio Lanata, Susan Espino y Betzabé Butrón. Mejorando la calidad de la atención de salud en el Perú. PCMI-Lima, Perú, Diciembre del 2002.págs.96 al 98.

⁹⁵ Programa de capacitación Materno-Infantil – primera etapa.

servicios ofrecidos son usados por los/las usuarias(os). La utilización del servicio fue el primer eslabón entre el esfuerzo de un programa por intermedio de su servicio y las mejoras que deberían ser el resultado de su utilización ó efectos⁹⁶.

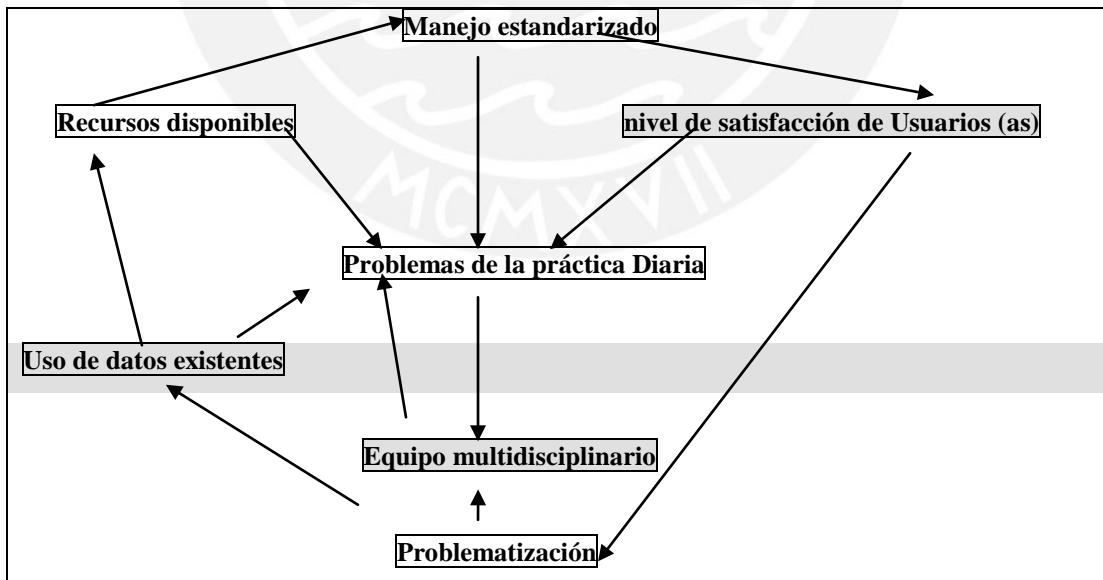
Figura N° 05 Modelo conceptual del PCMI



Fuente: Lanata, Espino y Butrón. Modelo de calidad, adaptado del PCMI.2002

Los parámetros técnicos del Modelo de Calidad ⁹⁷ que maneja el MINSA, los mismos a tomarse en cuenta para desarrollar el trabajo de investigación, son: competencia técnica de los/las proveedores (as) de salud; uso de información para la toma de decisiones, relación proveedor-usuario(a) con la comunidad; existencia de recursos esenciales y relación con otros establecimientos de la red de instituciones de salud y /o relaciones con la sociedad civil de la zona; y gestión y educación permanente del personal de salud. Procesos que caen no solo en los directivos, jefes de servicio, profesionales sino en la participación activa de todo el personal de salud en general..

Figura N° 06 Modelo de calidad del PCMI



Fuente: Modelo adaptado del PCMI-2002.

⁹⁶ “Efecto”, es usado generalmente para referirse a los cambios observados al nivel de la población como resultado de una intervención o programa determinado. Involucra a los cambios producidos en un período corto o mediano plazo (2-5 años); que lo diferencia del término “Impacto”, que se refiere a los cambios poblacionales que ocurren en el largo plazo en fecundidad, morbilidad o mortalidad. PCMI. Claudio Lanata de las Casas. Lima, Diciembre del 2003. págs. 84 al 88.

⁹⁷ Modelo de calidad: Claudio Lanata, Susan Espino y Betzabé Butrón. Mejorando la calidad de la atención de salud en el Perú. PCMI-Lima, Perú, Diciembre del 2002.págs.96 al 99.

El Modelo de Calidad planteado por el PCMI se adecua perfectamente al trabajo de investigación a realizar, dado que los temas mencionados están involucrados en el enfoque de las tres perspectivas que busco identificar: perspectiva del proveedor/a, perspectiva de usuarios(as) adolescentes y perspectiva de la sociedad civil.

Finalmente, es importante resaltar el impacto positivo que estas acciones tienen en la opinión pública, el programa visualiza las actividades a salud materna infantil (CPN, parto, puerperio y RN), impacto que también se refleja, sobre todo en la opinión de los/las adolescentes. Nuestro país, se encuentra viviendo un progresivo despertar de la opinión pública sobre sus derechos ciudadanos a una atención de salud oportuna y con calidad, ayudados por campañas difundidas por el mismo MINSa y por algunas ONGs, desarrollando temas sobre los derechos de pacientes en general ó de un programa en específico (hoy es inmunizaciones), lo que crea un clima favorable para la recepción del trabajo de investigación de mejora de la calidad de atención de los servicios del PSSR de los/las adolescentes de Huaycán.

2.2.3.2 CALIDAD EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA⁹⁸

Durante años, el tema de la calidad en SSR ha concentrado la atención de diferentes actores dada la importancia que tiene en el desarrollo social. Se han generado importantes debates, tratando de conciliar diferentes corrientes de opinión.

Cuadro N° 06: Definición y Visión de Calidad

Definición de la calidad.- Según la IPPF: *“la calidad del servicio en SSR incluye disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos, trato respetuoso y amistoso, privacidad y confidencialidad, proveedores competentes, información y consejería, horas de atención convenientes, tiempos de espera aceptables y costos asequibles”*. Al respecto stronger Voices for Reproductive Health, acoge esos elementos y asume que los proveedores de salud y usuarios/as actúen como socios para mejorar los servicios, haciendo que éstos respondan a las necesidades de la población.

Visión de la calidad.- *“La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional de los establecimientos del sistema de salud, se aplican metodologías y herramientas de calidad, desarrolladas en forma conjunta con la contribución de los usuarios internos y externos, las instituciones de salud y la sociedad en general; existiendo evidencias confiables de mejoras sustanciales en la atención, que son percibidas con satisfacción por todos los actores”*.

Fuente: Sistema de gestión de la calidad en salud. Dirección general de salud de las personas. MINSa, Lima2000. pág. 24.

En 1997, se generó un gran debate público en torno a la esterilización quirúrgica voluntaria debido a demandas por mala práctica en varios de estos casos. Como resultado, el movimiento de mujeres y sociedad civil iniciaron en conjunto una campaña para mejorar la calidad de los servicios brindados. Se obtuvieron muchos logros gracias a la participación activa de usuarios/as, de la sociedad civil y de la Defensoría del Pueblo. Sus recomendaciones hicieron que el Gobierno peruano dicte varias normas relacionadas con la ejecución del PSSR.

En diciembre del 2000, el gobierno peruano aprobó el documento “Sistema de gestión de la calidad en salud”. Documento que establece principios, políticas, objetivos y componentes del sistema así como los

⁹⁸ UNFPA. Mejorando la calidad en SSR: construyendo un modelo de intervención en SSR. Lima, Perú, 2004.

aspectos técnico-normativos. Hay mucha teoría que debe aplicarse a la práctica. Al respecto, el proyecto de USAID en calidad, Proyecto 2000⁹⁹, es un ejemplo de construcción de criterios y sistema de calidad. Principios que se dificultan mantenerlos por la continua rotación del personal en salud, la falta de carrera institucional dentro del sector y la falta de recursos económicos.

Hablar de calidad de atención en SSR¹⁰⁰ significa: respeto y consideración a nuestra intimidad y a nuestro cuerpo, al momento de recibir la consulta. Y contar con tiempo suficiente para cada adolescente que acude a la consejería; significa disponer de información sobre los pasos a seguir en el tratamiento, procedimientos, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos para tomar decisiones libres y responsables. Significa contar con Información y acceso a psicoprofilaxis para atención del parto. Significa, atención de calidad que implique: respeto, género, equidad y educación acertada; y significa contar con recursos materiales y humanos necesarios. La calidad de atención en SSR¹⁰¹ es prioritaria y se asegura: al mantener altas normas de capacidad técnica; al tratar a usuarios con respeto y comprensión; al diseñar servicios que satisfagan a usuarios(as); al proporcionar seguimiento a los/las pacientes y al hecho de tener acceso universal a servicios de SSR.

2.2.3.3 CONTENIDOS DE CALIDAD DE UN SERVICIO DE SSR PARA ADOLESCENTES¹⁰²

Los contenidos están en los distintos niveles: a) Modelo de atención b) En la organización c) En la gestión para la entrega de servicios. Así:

- a) **Modelo de atención.-** relacionado en como el servicio considera a los/las adolescentes, entre el tipo e interacción que se establece entre adolescentes y jóvenes y los servicios, familia y comunidad.

Cuadro N° 07: Pautas para la evaluación del modelo de los servicios

Principales atributos	Criterios para su evaluación
Orientación de la atención	Atención (promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y paliativos).
Rango de servicios para adolescentes	Serv. diferenciados basados en grupos etáreos o de género.
Tipo de servicios ofertados	Contenido atención (pertinencia e integridad) y aceptabilidad (étnica y culturalmente adaptados).

Fuente: OPS/OMS, 2003.

- b) **En la organización.-** respecto a como se ordenan y organizan los componentes de sistema.

⁹⁹ El objetivo del Proyecto 2000 fue contribuir a reducir la mortalidad materna y peri natal a través del incremento del uso de servicios materno-peri natal. Para ellos se propuso mejorar la calidad de atención de los servicios de salud relacionados con la atención materna peri natal e incrementar el acceso a ellos. El proyecto 2000 adoptó un modelo de calidad de atención basado en un enfoque que redefine el rol del sistema de salud en la satisfacción de necesidades y demandas de la población.

¹⁰⁰ Estudio sobre la Salud sexual y reproductiva: un derecho. Flora Tristán.1997. págs. 22 al 24.

¹⁰¹ Population Council-Oficina regional para América latina y el Caribe. Mensajes sobre SSR. Tomo I.1999. página 15.

¹⁰² OMS. Guía para la evaluación de servicios de calidad para jóvenes y adolescentes de la Unidad del niño y el Adolescente. Salud de la familia y de la comunidad, OPS/OMS, documentos de borrador, Julio, 2003.

Cuadro N° 08: Pautas para evaluación de la organización de los servicios

Principales atributos	Criterios para su evaluación
Recursos humanos asignados a los servicios para adolescentes.	Personal dedicado única/parcialmente a la atención de adolescentes (número, género, formación, competencias adecuadas par realizar el tipo de atención).
Capacitación disponible para personal y adolescentes	Contenido (auto cuidado, promoción y prevención) y Sujetos de capacitación (personal, adolescentes, comunidad, familia, escuela).
Trabajo en equipo (multidisciplinario y/o en red).	- Enfoque y aplicación del trabajo en equipo (familiar, comunitario, en servicio, nivel de complejidad y servicios integrados). - Mecanismos de referencia y contrarreferencia - Nivel coordinación (unidades y con la comunidad).
Enfoque multisectorial	Multisectorialidad (enlaces ó vínculos que crucen los sectores).
Ambiente de los servicios	Ambiente (amistad, respeto, trato, aceptabilidad, característ. físicas).
Alcance y accesibilidad	Barreras al acceso (étnico-culturales, etéreos y de género).

Fuente: OPS/OMS, 2003.

- c) **Gestión para la entrega de servicios.**- sobre la forma en que los/las responsables de los servicios movilizan los recursos del sistema para cumplir con los objetivos de salud previamente acordados.

Cuadro N° 09: Gestión de servicios

Principales atributos	Criterios para su evaluación
Responsabilidad hacia usuarias y comunidad	Mecanismos de rendición de cuentas, participación de jóvenes, control social.
Autonomía para toma de decisiones	Indep. para toma de decisiones y/o acciones que afecten los servicios.
Respuesta a prioridades e idiosincrasias de su población.	- Capacidad de resolución de los servicios. - Satisfacción del usuario en el uso de los servicios.
Grado de productividad o pasividad del personal y servicios.	- Orientación de la gestión (centrada en la calidad por resultados, identificación de metas específicas (desempeño) y - Uso de instrumentos de monitores y evaluación.

Fuente: OPS/OMS, 2003.

De ahí la importancia de ejecutar mejores prácticas en el uso de metodologías e instrumentos de evaluación. Así:

Cuadro N° 10: mejores prácticas en la utilización de metodologías e instrumentos de evaluación

Énfasis de la atención	Enfoque y aceptabilidad
Contenido de la atención, existencia de servicios diferenciados, personal dedicado (N°), contenido y sujeto de capacitación, trabajo en equipo (referencias); demanda y uso de servicios (cant.).	Ambiente (servicios amigables para adolescentes y jóvenes), efectividad, eliminación de barreras de acceso, control social, capacidad de resolución (impacto), Participación de los jóvenes y Orientación de la gestión.

Fuente: OPS/OMS, 2003.

2.3 ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD CONCERNIENTE A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La política¹⁰³ propiamente dicha no es un concepto sencillo; cada política formalmente adoptada se pone en práctica mediante una serie de programas y proyectos. Y para aplicar esa política (que se podría considerar como objetivo ó compromiso general), los gobiernos crean programas en virtud de las cuales se reúnen las estructuras y el personal administrativo necesario. Por lo que con arreglo a estos programas, los organismos públicos emprenden proyectos concretos. El análisis de la actuación pública puede centrarse en cualquiera de esos componentes: políticas, programas ó proyectos, y el análisis de éstos pueden requerir métodos diferentes.

Una política pública de excelencia¹⁰⁴ corresponde a aquéllos recursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público, y frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Una política pública de calidad incluye contenidos, instrumentos ó mecanismos, definiciones ó modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados. Y desde el punto de vista analítico, se distinguen 4 etapas en las políticas públicas: origen, diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas (PP).

En ese sentido las PP¹⁰⁵ no son sólo lo que el gobierno dice y quiere hacer; sino que son lo que realmente hace y logra por sí mismo ó en interacción con otros actores políticos y sociales. Específicamente una PP es una solución práctica a un problema concreto. Dado que una PP se trata de una decisión de una autoridad legítima y es adoptada conforme a procedimientos legales vinculando a los ciudadanos, que generalmente se expresa en formas de instituciones, leyes, programas concretos, normas, etc.

2.3.1 ANÁLISIS DE CONTEXTO

Análisis que se realiza en relación a los hechos históricos de la SSR a nivel nacional e internacional. Así:

2.3.1.1 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL¹⁰⁶

En la medición mundial realizada en el año 2004, la coalición Cuenta Regresiva 2015 ubica al Perú como un país en riesgo reproductivo mediano; sin embargo, debe precisarse que dicha valoración sólo recoge el promedio nacional y no permite visualizar el alto y muy alto riesgo reproductivo que adolecen las personas que viven en algunas regiones.

¹⁰³ Análisis político empírico. Métodos de investigación en ciencia política. Análisis y procesos de políticas públicas. Jarol B. Manheim, Richard C. Rich. España 1986. pág.430. Mencionado en la clase de Gerencia Política por el profesor Muñoz-Alza en la Maestría de Ciencia política, PUCP, 2007.

¹⁰⁴ Eugenio Lahera P. Política y Políticas públicas. Políticas sociales. División de desarrollo social. CEPAL. Chile, agosto del 2004.

¹⁰⁵ Jorge de Dios López. Análisis y diseño de PP. Módulo II: PP y bases legales en la asistencia social. Secretaría de desarrollo humano. Jalisco, México. Mayo del 2006.

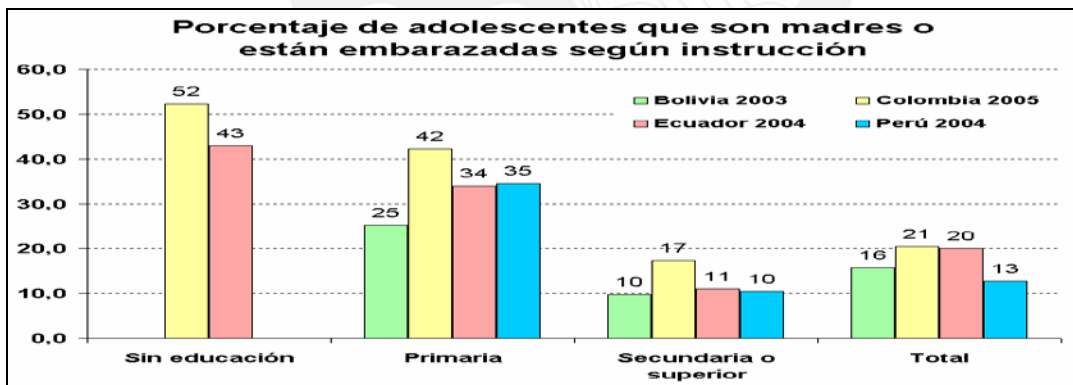
¹⁰⁶ Chávez, S. Informe. Consultoría SSR en el marco de la reforma sanitaria Eugenio Lahera P. Política y Políticas públicas. Políticas sociales. División de desarrollo social. CEPAL. Chile, agosto del 2004. Foro salud. Informe sin publicar.

En el 2004, la organización Social Watch¹⁰⁷ comparó la calidad de vida de 120 países, donde el Perú ocupó el puesto 77, comparado con Irak y Comores, resultando más bajo que Bolivia y sólo mejor que otros países de la región de larga tradición de pobreza, como El Salvador, Honduras, Haití, Nicaragua y Guatemala. En el aspecto de salud reproductiva (evaluada con indicadores de control prenatal, atención calificada del parto, mortalidad materna y uso anticonceptivo), los resultados encontrados estuvieron por debajo del promedio mundial.

En el año 2007, 13 años después de que el Programa de Acción de la CIPD concediera a las mujeres el derecho a estar informadas en materia de SSR y a beneficiarse con el acceso a métodos modernos e integrales de planificación familiar elegidas por ellas, encontramos que en muchas partes del mundo aún no pueden practicar sus DSDR y soportan los efectos de su falla, pues cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo; esto significa que todos los años hay 529,000 muertes, de las cuales 68,000 son resultado de abortos inseguros.

Y es así que, un tercio de las mujeres dan a luz, a la edad de 20 años ó menos; sus bebés tienen 1,5 veces más posibilidades de morir dentro del primer año de edad, que los bebés nacidos de madres de más edad. Y se estima que cada año dan a luz 2,2 millones de mujeres embarazadas infectadas con VIH/SIDA. Aproximadamente 700,000 recién nacidos contraen VIH/SIDA de sus madres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto ó el amamantamiento¹⁰⁸ (Ver diagrama 1).

Diagrama N° 01: % de adolescentes que son madres o están embarazadas según instrucción.



Fuente OMS (2004)

La evaluación del Foro económico mundial, en el 2005 estableció que el Perú estaba entre los 12 últimos países del mundo y que junto con México, todos sus indicadores resultaban negativos. En esta medición, la salud y el bienestar fueron operacionalizados a través de los indicadores de percepción sobre la efectividad del Gobierno para reducir la pobreza y las desigualdades, y el resto fue evaluado a partir de indicadores de SSR: mortalidad infantil, mortalidad materna, atención calificada del parto, fecundidad en

¹⁰⁷ SOCIAL WATCH. ORG. Control ciudadano. Instituto del tercer mundo / en línea/ / consultado el 10 de noviembre del 2008/. Disponible en: www.socialwatch.org.

¹⁰⁸ OMS (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia.

adolescentes, siendo esta última considerada por el Foro económico mundial como un indicador que da cuenta de las oportunidades de desarrollo de las mujeres.

2.3.1.2 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO NACIONAL

En el año 2003, la Red de Salud de las Mujeres de Latino América y El Caribe (RSMLAC), junto con otros seis países de la región, el Movimiento Manuela Ramos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, llevaron a cabo un análisis de la situación de la mujer en el Perú, que resultó ser el único país que, en ese entonces, no contaba con licencia de paternidad por el nacimiento, la enfermedad de un hijo ó muerte de la madre y en donde la información y estadística sobre fecundidad, preferencias reproductivas y otros, sólo eran tomadas en referencia a las mujeres.

La Defensoría del Pueblo del Perú¹⁰⁹, a través de la Resolución N° 01 de 26 de enero de 1998, señaló la importancia del respeto de los derechos reproductivos reconocidos en el artículo 6 de la Constitución, según el cual: *“Artículo 6. La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsable. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuada, y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud. (...)”*

De otra parte, Paul Hunt (2003)¹¹⁰, dedicó un capítulo de su reporte sobre SSR en el Perú, y señaló *“la importancia de garantizar el acceso, en particular a los pobres, a toda una serie de servicios de salud sexual y reproductiva”*. y planteó la necesidad urgente de desarrollar una política transversal de SSR a largo plazo y a elaborar, promover y aplicar normas que fomenten el acceso libre de toda discriminación a los servicios de SSR. Asimismo, instó al desarrollo de una política transversal de SSR para adolescentes, que basándose en la normativa internacional, se reconozca su derecho al acceso a información, formación, y servicios de SSR confidenciales, y con acceso a la anticoncepción y a la prevención de las ITS y VIH-SIDA. En el estudio del relator de Naciones Unidas (Hunt: 2003), *sobre la situación de SSR*, se establece un conjunto de áreas problemáticas, cuyo diagnóstico es el siguiente:

a) En la disponibilidad y accesibilidad a servicios.- Para Hunt, disponibilidad se refiere a dos aspectos: Existencia del número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, C.S. y programas. Y accesibles tanto en el aspecto físico geográfico, como económico, sin discriminación y cuyo resultado esté orientado al acceso a la información, cobertura de atención y el uso de los servicios.

En este campo, con más de la mitad de la población en pobreza, preocupa que el 25% de la población peruana no tenga acceso a los servicios de salud (Guzmán, 2002)¹¹¹. En el reporte de Hunt se informa que

¹⁰⁹ Ramos, Mayda. “Los derechos reproductivos son derechos humanos: su protección por la defensoría del Pueblo”, en debate defensorial, revista de la defensoría del Pueblo, N° 05, Lima, 2003, págs. 83 al 102.

¹¹⁰ HUNT, Paul. Representante de derechos humanos ante las Naciones Unidas. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión al Perú, Nueva York: Naciones Unidas, 2003 (E/CN.4/2005/51/Add.3). págs. 22 y 23.

¹¹¹ Guzmán, A. Salud sexual y reproductiva. En: Derechos humanos y salud. Lima: foro salud/CIES, 2002, 53:56.

el SIS difícilmente asegurará cobertura universal. A los factores de orden económico se suman las barreras culturales, incluyendo la inequidad de género, esto se expresa en las dificultades de las mujeres para tomar decisiones, en las culpas, temores, estigmatización, que afectan principalmente a las adolescentes ó mujeres indígenas. Otro problema para el acceso a los servicios es la orientación. Sobre todo para las mujeres que viven en las zonas rurales, adolescentes fuera del sistema escolar, adolescentes que no se han iniciado sexualmente, hombres, personas con pocos recursos ó quienes viven en zonas donde los servicios son geográficamente inaccesibles.

Como señala Hunt (2003); el derecho a la salud sobrepasa el sistema sanitario, pues no sólo supone la atención de la salud sino “el *acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva*”¹¹². Por ello, es importante retomar el verdadero sentido de lo educativo, que debe llegar a toda la población, la cual deberá estar informada principalmente de sus derechos, y particularmente de sus derechos sexuales y reproductivos.

b) En la aceptabilidad y calidad de los servicios.- El enfoque empleado para medir la calidad en SSR depende de quién y para qué se evalúa. Los objetivos pueden ser distintos para un diseñador de políticas y un donante que podría estar más preocupado por los resultados ó de costo/beneficio; un director de programa junto con un proveedor podrían estar más enfocados en la organización, en la capacidad resolutoria o en la satisfacción de los usuarios. Esto hará que se defina ó priorice uno y otro indicador, siendo todos indicadores de calidad.

Para HUNT (2003), la aceptabilidad, implica que los establecimientos sean respetuosos de la ética médica, sean culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, respetando la confidencialidad y mejorando el estado de salud de las personas. Sin embargo, la aceptabilidad es mucho más específica y se mide a través de la satisfacción de los usuarios, lo cual puede incluir su percepción, las razones de uso de los servicios, la intención de uso, la recomendación de los mismos a sus pares y cuáles son los grupos específicos que se puedan sentir satisfechos ó no. En consideración a estos aspectos, a la fecha se han realizado múltiples investigaciones de carácter cualitativo y se ha encontrado que a pesar de las diferencias, hay aspectos comunes a todos los enfoques y se refieren al trato interpersonal y el respeto a la persona, y la consideración de su derecho a tomar su propia decisión, basada en elecciones informadas.

Para el caso de los adolescentes urbanos, diversos estudios de las ONG han evidenciado que existen importantes diferencias de género, pues, para los adolescentes, mientras más cerca esté el servicio, es mucho mejor, a diferencia de las adolescentes que prefieren servicios que no sean cercanos a sus casas y que éstos sean lo más confidenciales posibles. Mientras, la población adulta no parece tener tanta información, acerca de qué hace aceptable a un servicio, sobre todo en poblaciones nativas. Esto lo verificamos en el asesinato de un grupo de proveedores¹¹³ (4 personas: un médico, un obstetra, una

¹¹² Naciones unidas, Consejo económico y social. Documento E-CN.4-2003-58. htm.

¹¹³ Incidente en Madre de Dios en el 2004(el Obstetra fallecido fue mi compañero de estudio en la UPSMP).

enfermera y un técnico de salud), en zonas nativas; quienes eran los/las encargados(as) de brindar atención itinerante a estas comunidades en SSR; accidente penoso que no hace mas que demostrar lo sensible que es el tema cultural y la necesidad de un entrenamiento continuo en temas de índole cultural y social de los prestadores de servicios, especialmente cuando se tratan de temas relativos a la sexualidad y reproducción.

c) En la efectividad y equidad en los servicios¹¹⁴.- La efectividad puede medirse a través de indicadores de cumplimiento de funciones, de protocolos de atención, estándares de calidad, cambios en conocimientos, coberturas, tasas varias. Efectividad que puede no sea la misma en diversos segmentos poblacionales intervenidos, y ello tiene que ver con la equidad. Equidad entre diversos niveles socioeconómicos, equidad de género, equidad etárea, equidad entre grupos étnicos ó lingüísticos, etc.

2.3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EVOLUCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL PERÚ

a) Del 60 al 70¹¹⁵

La SSR ocupa un lugar en la historia sanitaria, aunque el término en específico, sea reciente. A través de este proceso, su definición también ha ido evolucionando, desde una visión de solamente planificación familiar y atención materno infantil, que dicho sea de paso se mantuvo de manera separada durante muchos años, hasta el concepto integral desde un enfoque en derechos humanos que actualmente tenemos.

En 1964 se creó el Centro de Estudios en Población y Desarrollo, pero dado que el gobierno militar del 68 era pronatalista, la instancia fue prácticamente desactivada. Fueron las instituciones privadas de la sociedad civil las que desde 1966 empezaron a brindar servicios de planificación familiar (el Instituto Marcelino, la Asociación Peruana de Planificación Familiar y, sólo con métodos naturales, la Asociación de Trabajo Laico Familiar (ATLF), en inusual participación de sectores de la Iglesia Católica); y el trabajo de un médico misionero norteamericano, Joseph Kerrins, quien a la cabeza de un Movimiento Familiar Cristiano distribuía píldoras anticonceptivas y daba charlas sobre el tema en el Agustino, así como en otros pueblos jóvenes de Lima.

Recién en 1974, el Perú se comprometió, en el marco de la Primera Conferencia Internacional de Población, en Bucarest, a delinear una política de población y promover la paternidad responsable. Aún estando bajo el gobierno militar se aprobaron, en 1976, los Lineamientos de Política de Población, enfrentando las tendencias pronatalistas de la época.

¹¹⁴ HUNT, Paul. Representante de derechos humanos ante las Naciones Unidas. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión al Perú, Nueva York: Naciones Unidas, 2003 (E/CN.4/2005/51/Add.3).

¹¹⁵ Cueto, Marcos. La vocación por volver a empezar: las políticas de población en el Perú. Rev. Perú, med. exp. Salud pública, abril 2006, vol.23, N° 02, págs. 123 al 131.

b) Del 80 al 90¹¹⁶

En 1980 se creó el Consejo Nacional de Población y un año después de participar el Perú en la CIPD de México, en 1985, se promulgó la Ley de Política de Población, considerada pionera en la región por no presentar metas demográficas e introducir una noción de derechos humanos. El Consejo Nacional de Población dio un importante impulso a lo demográfico, especialmente en lo relacionado con salud materno-infantil vinculada a la planificación familiar. La Conferencia Episcopal se opuso tenazmente a la implementación de la Ley.

Con el primer gobierno de Alan García se elaboró el Programa Nacional de Población (1987-1990), con metas relativas a tasas de fecundidad y cobertura de servicios de planificación familiar. En 1986, en el Instituto peruano de seguridad social (IPSS), actualmente ESSalud, con el apoyo de USAID, se dio inicio al programa Nacional de Planificación Familiar y en 1988, también con el apoyo de USAID, a la que se sumó el UNFPA, lo asume el MINSA.

Junto con la tendencia de la mayor especialización en la medicina se fueron implementando los programas con estructura vertical, que dependían directamente de la autoridad sectorial; cada uno tenía su presupuesto propio, actividades y metas. Los programas en un primer momento demostraron ser eficaces, debido a sus resultados favorables en la reducción de la mortalidad materna, la tasa de fecundidad, aumento del uso de métodos anticonceptivos, cobertura de servicios, así como en el desarrollo de la vigilancia epidemiológica y la vigilancia centinela. Pero también fueron poco eficientes debido a que duplicaban no sólo acciones, sino también coberturas, situación que se veía agravada por la inequidad de proyectos y de manejo de fondos, afectando de manera dramática la distribución de recursos, de personal y de infraestructura.

El MINSA, que durante mucho tiempo venía trabajando con un enfoque de la salud eminentemente sectorial, biomédico, asistencial, proteccionista, con una visión de la salud centrada en la familia y en la defensa de valores tradicionales, se vio influenciada por los acuerdos de 1980, sobre la Atención Primaria de Salud y la Meta de Salud para todos en el año 2000, dándose un cambio radical de la perspectiva sanitaria y en especial en la política pública, pues se evidencia el rol importante de la comunidad organizada y la educación sanitaria; se pone más énfasis en la prevención, que en la recuperación. Con este enfoque empieza un mejor entendimiento tanto de la integralidad, como de la “democratización de la salud”.

c) Del 90 al 2000¹¹⁷

Las primeras reformas de la salud en el país pretendieron el “mejoramiento de la eficiencia” y “la inversión en capital humano” entendido por la competencia plural de proveedores públicos y privados. A comienzos de los 90 el paquete de medidas de estabilización macroeconómica afectó los servicios públicos de salud. No disminuyó la oferta pero sí el gasto, afectando principalmente los salarios y la compra de insumos y medicamentos y también la calidad de la atención. Además, con ello se dio paso a la

¹¹⁶ Guzmán, A. Información para mejorar la SR. En: CIES, DFID, Policy Project la salud peruana en el siglo XXI: Retos y propuestas de política. Lima, 2001, págs. 185 al 238.

¹¹⁷ Chávez, S. Cuando los fundamentalismos se apoderaron de las PP. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. 2004.

mercantilización y privatización de los servicios, generando barreras económicas a la atención. Esto hizo que el MINSA accediera a los más altos montos de recursos externos de su historia y las agencias de cooperación influyeron en la generación de proyectos focalizados, sin articularse con las direcciones de línea, mientras que los programas nacionales seguían siendo centralistas y verticales. Ello debilitó aún más, la capacidad rectora de conducción del sector, fragmentando los procesos de gestión y decisión.

En los años 90, el Gobierno asumió parte de los costos de la planificación familiar y en 1994, el país se comprometió con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo. Esta conferencia, a diferencia de las otras, abrió paso a la participación de la sociedad civil organizada, constituida por el movimiento de mujeres, ONG feministas, de derechos humanos, de niñez y juventud, así como del movimiento homosexual, en el seguimiento de los acuerdos tomados por el Estado, estableciéndose una confrontación más pública con los sectores conservadores, en temas como la planificación familiar, derechos de la mujer, acceso de los adolescentes y jóvenes a la anticoncepción y el condón, acceso a la educación sexual en las escuelas, la despenalización del aborto, la muerte materna y relaciones con las causas estructurales, las brechas en salud y la situación en las zonas rurales, las inequidades de género y violencia contra la mujer, etc.

En 1995, el Perú asistió a la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing. Los acuerdos asumidos en esa Conferencia, reforzaron y ampliaron los compromisos de El Cairo, y en el país, se dio la gratuidad de los métodos anticonceptivos en los servicios públicos, incluyendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria. El enfoque neomaltusiano de Fujimori, de orientar las políticas de población como mecanismo de la reducción de pobreza, coloca al programa de planificación familiar como una alta prioridad del Estado, que se traslada con un discurso de derechos humanos particularmente de las mujeres, dando inicio a una política de aplicación de AQV, cuya práctica implicó graves violaciones de derechos humanos particularmente en mujeres muy pobres, algunas de las cuales terminaron en muertes. Esta situación generó la protesta de las organizaciones de mujeres y de las organizaciones feministas y fue aprovechado por sectores conservadores para intentar desactivar el Programa de Planificación Familiar.

En 1996, en la gestión del Presidente Fujimori, el MINSA dedicó la mayor parte de sus recursos a construir una red de puestos y C.S. Se pasó de 3 934 a 5 933 establecimientos de salud; y es así que entre el 90 al 96, el MINSA cubría 1788 C.S. en zonas rurales y urbano-marginales. Esta rápida extensión también vino acompañada de un aumento de recursos humanos en precarias condiciones, anulando muchos de los derechos laborales; pues para esos años ya se tenía alrededor del 41% de personal, que estaba en condición de contratado. Asimismo, el MINSA tenía el Programa de Salud Escolar y del Adolescente, con atención diferenciada de la SSR, y el PROCETSS, para control del sida y otras infecciones de transmisión sexual. Se dio la llamada Ley Contrasida. También se dio el Plan de Reducción de la MM. Se dejó de hablar del binomio madre-niño y se apuntó a incorporar al hombre a la SSR.

En 1997 se promulgó la Ley General de Salud N° 26842, la Ley de Modernización de Seguridad Social en Salud, sin recoger las observaciones y propuestas de la sociedad civil ni de las instituciones médicas y no

fue debatida en la Comisión de Salud del Congreso. La Ley General de Salud tiene un reconocimiento muy parcial del derecho a la salud y por extensión, también a la SSR. Limita la responsabilidad del Estado a la provisión de servicios de salud pública y sólo reconoce el derecho a la atención integral de la salud y a alcanzar niveles razonables de protección en salud. Hace referencia al derecho al respeto de la dignidad e intimidad y la reserva médica. Releva el derecho a ser informado de medidas y acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludables, al consentimiento previo a un tratamiento, pero no menciona el consentimiento informado. Destaca el tema de elección (incluso en anticoncepción) y la exigibilidad de la calidad de atención.

En 1999, Las denuncias de la Defensoría del Pueblo y de las organizaciones de mujeres dieron pie a una revisión de las Normas de Atención de Planificación Familiar, introduciéndose cambios relativos a garantizar los derechos de la elección informada, así como a las condiciones básicas que debían tener los establecimientos de prestación de los servicios, introduciendo el periodo de 72 horas de la reflexión, previo a la aplicación de las AQV, así como los criterios de acreditación de los establecimientos encargados de la atención de las AQV.

d) En el 2000

En el Perú, el centralismo ha sido la principal característica de los gobiernos desde la época de la colonia, marcando, al igual que otros países de América Latina, ciertas características comunes, tales como: **(1)** Complacencia con el autoritarismo, promovida y avalada en muchos de los casos por la religión católica que mantiene una presencia muy importante en los espacios de poder¹¹⁸. **(2)** Profundas desigualdades sociales. **(3)** Alta concentración de propiedad de la tierra en unos cuantos. **(4)** Bajos niveles de educación. **(5)** Exclusión ciudadana de poblaciones indígenas¹¹⁹.

En ese sentido, la descentralización se convierte en una antigua aspiración de los pueblos del interior del país, con miras a neutralizar la asfixiante gestión pública central, ampliar los niveles de democracia e incorporar a la nación a amplios sectores de la población. Y es en el año 2000, en que diversas fuerzas sociales y políticas impulsaron el retorno a la democracia y con ello, a un proceso de transición política.

En el año 2002, se da inicio al proceso de descentralización política, el mismo que se ve enfrentado a obstáculos debido a la crisis de los partidos políticos y a la poca confianza en la clase política, que aún se encuentra enmarcada en moldes tradicionales. A ello hay que agregar la continuidad de estructuras y de procesos básicos de la gestión pública que mantienen el enfoque centralista, así como a la poca voluntad política para conducir este proceso de manera responsable y segura, manteniendo el modelo tradicional y patrimonialista en la gestión pública. Por eso, la exigencia de la descentralización ha sido canalizada de manera improvisada por los diversos poderes del Estado, determinando imprecisión del marco legal en las competencias de los distintos niveles de gobierno y la gestión del proceso de descentralización no ha tenido el respaldo político que requería.

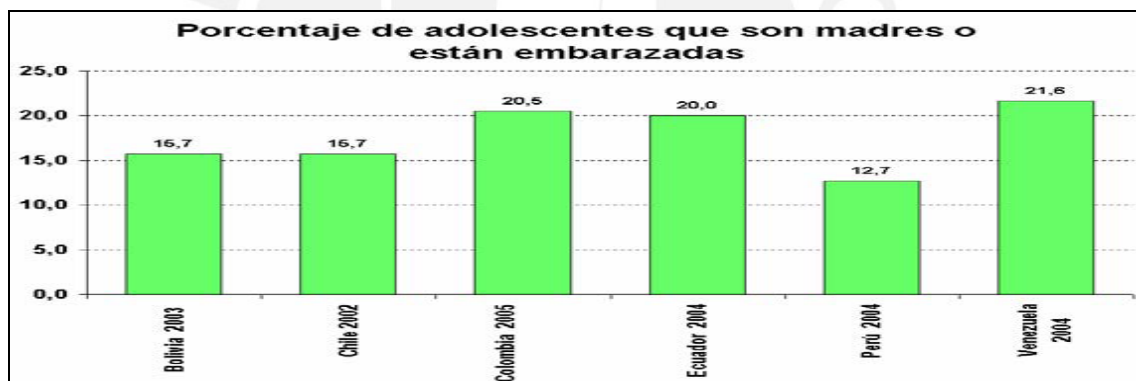
¹¹⁸ Chávez, S. Cuando los fundamentalismos se apoderaron de las PP. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. 2004.

¹¹⁹ Javed, S.; Perry, G.; Dillinger, W.; Beyond the center; Decentralizing the state. The World Bank. Washington, D.C., July 1999.

El PSSR, como parte de las políticas de salud, no pueden verse desligadas de la gestión de las políticas públicas en general, cuya característica principal es el enfoque sectorizado y parcelado del desarrollo, pues separa las políticas económicas de las políticas sociales y bajo el principio perverso de la subsidiariedad del Estado, restringe a estas últimas al alivio de la *pobreza*. Éste es uno de los resultados de la falta de planificación, como elemento central de la política nacional, que hace que se produzca un accionar fragmentario tanto por parte del Estado, como de las instituciones que realizan intervenciones de desarrollo social¹²⁰. Esta situación es agravada por el rol subsidiario que han tenido los sectores sociales en la política nacional. Como consecuencia de ello, la agenda social y, especialmente, la de salud, ha ocupado un lugar secundario en la agenda política¹²¹. Entre los problemas que afectan el tratamiento de estos asuntos están: descoordinación entre los distintos sectores, inexistencia de políticas sociales integrales, programas que no enfocan género y equidad. Débiles mecanismos de concertación con la sociedad civil e intervenciones fragmentarias de las ONGs¹²².

En la era 2000, se cuenta con algunos indicadores de SSR y la situación de los servicios de salud en el Perú, facilitados por ENDES Continua (2004-2005), tomando como informantes claves a mujeres entre los 15 a 49 años. Encontrándose:

Diagrama N° 02: Embarazo en Adolescentes



Fuente: Organismo andino de salud con Hospital Hipólito Unánue (2005).

(a) **Embarazo adolescente**¹²³.- El 20,7% de la población peruana es adolescente (5'887,183.28). De este total, 2'888,063 son mujeres; el 12,7 % (3 343) de las adolescentes de 15 a 19 años, nivel nacional, son madres ó estaban embarazadas por primera vez; y; según el Instituto Materno Peri natal (ex Maternidad de Lima), el 60% de los embarazos adolescentes fue producto de una violación. (2003).

Entonces, según estudios e informes nacionales; cada año, al menos, el 13%¹²⁴ de adolescentes está gestando ó son madres y esto es mucho mayor, cuando se compara entre zonas (rural y urbana) y entre los distintos niveles de educación. La maternidad durante la adolescencia acarrea una serie de riesgos, ya que

¹²⁰ Foro salud: hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud; II Conferencia Nacional de salud, Lima, febrero de 2005.

¹²¹ Vásquez, Enrique; Mendizábal, Enrique: ¿Los niños primero?; El gasto social focalizado en niños y niñas en el Perú 1990-2000. Universidad Pacífico/ save the children, Suecia. Lima, noviembre del 2002.

¹²² PCM y CIAS Perú. Presidencia del Consejo de Ministros/ Comité interministerial de Asuntos sociales: Bases para la estrategia de superación de la pobreza y oportunidades económicas para los pobres. Lima, febrero del 2002.

¹²³ ENDES Continua, 2004-2005.

¹²⁴ ENDES 2004-2006. INEI.

este evento tiene mayores probabilidades de desencadenar complicaciones y muerte, de sufrir obstrucción en el parto: trabajo de parto prolongado, hemorragias, infecciones y cuadros crónicos de morbilidad como fístulas y otras lesiones en el canal del parto¹²⁵.

En el Perú, los riesgos de la gestación temprana consisten en hemorragias, anemia, desnutrición, obstrucción ó retraso del alumbramiento, bajo peso al nacer y muerte de la madre ó el infante. Y en términos de indicadores, en el Perú, las mujeres entre los 15 a 19 años, la razón de la muerte materna es mucho más alta (172x100, 000 NV) que entre las mujeres de 20 a 30 años. Y según datos del MINSA, el 16.3% de las muertes maternas corresponden a adolescentes, cifra mayor a las anteriores. Y esto es posible explicar porque actualmente hay un mayor acceso al parto institucional en los distintos grupos de edad y las adolescentes aún no pueden superar las barreras de acceso oportuno a los servicios de salud. También hay un 50%¹²⁶ de hijos de madres adolescentes que tienen un riesgo mayor que aquellos hijos de mujeres mayores de 20 años.

(b) Embarazos no deseados.- Está demostrado que la postergación del embarazo tiene beneficios tanto para mujeres como para las sociedades, pues las mujeres que tienen sus hijos después de la adolescencia tienen mayores oportunidades de educarse y desarrollar habilidades necesarias para formar luego hogares más estables y/o insertarse con mejores condiciones a la oferta laboral. Una mejor educación se relaciona directamente con la postergación de los matrimonios y con un mejor control de su propia reproducción¹²⁷.

En el año 2004, el MINSA señaló que 28 mujeres gestantes adolescentes se suicidaron; por múltiples causas, siendo la principal, la noticia de su embarazo y/o el verse abandonadas por sus parejas. De otro lado, las adolescentes que continúan con sus embarazos, por lo general, se ven obligadas a abandonar la escuela, a pesar que la ley garantiza que continúen sus estudios. Y según ENDES (2006), se calcula que al menos el 60% de embarazos en adolescentes son no deseados y esto se explica por la baja cobertura de información y el uso de métodos de planificación familiar. Un 57% de parejas adolescentes unidas usan algún método anticonceptivo. Respecto a los métodos modernos, menos de la mitad lo usan (41%) a diferencia de los otros grupos de edad que sobrepasan el 50%.

(c) Inicio sexual¹²⁸.- El 53% de los hombres y 32% de mujeres se habrían iniciado sexualmente antes de los 15 años. El 21% señaló que el inicio sexual habría sido contra su voluntad, mientras que el 79% restante señaló que fueron relaciones voluntarias; el 57% de las adolescentes actualmente unidas usa un método anticonceptivo, pero de ellas un 14% usa método tradicional; y; el 70% de adolescentes de 15 a 19 años que residen en zonas rurales ya han iniciado su vida sexual.

¹²⁵ PATH (Program for Appropriate technology in Health). Improving interactions with clients: a key to high- quality services. Outlook 17(2) (July 1999).

¹²⁶ SAVE THE CHILDREN. www.savethechildren.org/mothers/report_2004/index.asp. Consultado el 1 de noviembre 2008.

¹²⁷ Alan Guttmacher Institute (AGI). Into a new world: young women's sexual and reproductive lives. (1998).

¹²⁸ Proyecto ser jóvenes: ayudando a mejorar la SSR de adolescentes y jóvenes rurales 2006-2009. Manuela Ramos.

(d) Aborto¹²⁹.- El 60% de los embarazos en el Perú son no deseados; y; hay mujeres sexualmente activas que no quieren más hijos ó no los quieren, pero corren el riesgo de quedar embarazadas sin desearlo porque: un 20,8% no usa métodos anticonceptivos; el 6,8% usa el método de abstinencia periódica sin conocer el funcionamiento de su periodo fértil y un 2,5% está embarazada por falla del método. El aborto al ser clandestino en nuestro país, hace que las mujeres enfrenten riesgos que no necesariamente corresponde a la interrupción en si misma, sino a las condiciones en las cuales se produce. Esto hace que no se pueda generalizar el impacto negativo del aborto, sino que ello siempre estará asociado a las condiciones en que se realiza.

Asimismo, Ferrando (2007), explica que las complicaciones mas frecuentes son los abortos incompletos, infecciones, hemorragias y lesiones intra-abdominales. Buena parte de estas complicaciones pueden dejar en la mujer secuelas crónicas que les origina problemas para fecundar, embarazo ectópico y dolencias pélvicas crónicas. Desafortunadamente, no hay muchos estudios de salud mental que den cuenta de los efectos psicológicos, aunque se reconoce que el embarazo no deseado y el aborto acarrear conflictos éticos y morales muy fuertes.

Según MINSA (2007), aproximadamente el tercio de las mujeres entre 15 a 24 años son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto. Las consecuencias del aborto inseguro son dramáticas, no sólo respecto a la salud física y mental, sino también a su futuro reproductivo. Una consecuencia visible y extrema es la muerte materna. Los informes refieren que cada año se producen 1200 muertes maternas, teniendo en cuenta que, la cuarta causa de estas muertes es por aborto y el 13% corresponde a mujeres adolescentes. Asimismo, de todas las mujeres que se someten a un aborto, una de cada 7 llega a un establecimiento de salud y que al menos unas 35,000 mujeres son hospitalizadas a causa del aborto, y de este grupo, el 11.4% corresponden a adolescentes.

(e) VIH/SIDA¹³⁰.- El 97% de las personas contagiadas por VIH entre 1983 al 2007 se infectaron a través de la transmisión sexual; unos 17761 casos de sida han sido notificados al 30 de abril de 2007. De este total, el 80% corresponde al sexo masculino y el 20% al femenino.; y unos 28624 casos de VIH han sido notificados al 30 de abril de 2007.

Las infecciones del tracto reproductivo, incluyendo las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA; según datos de la OPS-OMS¹³¹, indican que cada día en las Américas hay 6000 jóvenes que contraen alguna ITS y en el caso peruano, estudios de World Health organization (2004)¹³², indican que las mujeres, por lo menos el 43% de mujeres presentaban vaginosis bacteriana, 11% trichomoniasis, cervicitis (24.7%), sífilis (2.9%), papiloma virus (5%). Habiendo mayor probabilidad de incrementarse la transmisión del VIH. Y respecto a adolescentes, se indica que cerca del 20% son sexualmente activas y que contraen al menos una ITS cada año. Dato que concuerda con los datos del ENDES 2000, dónde solo

¹²⁹ Ferrando, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras, Lima, 2001.

¹³⁰ DGE-MINSA, 2004. Dirección general de Estadística del Ministerio de salud, Perú.

¹³¹ OPS-OMS, 41 Consejo directivo. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA en las Américas. CD 41/9, Julio 1999.

¹³² García, P., Chávez, S., Feringa B, Chiappe M., Well Li, Jansen K. Cárcamo C., Holmes K., Reproductive tract infection in rural women from de highlands, jungle and coastal regions of Perú. Bulletin of the world health organization, July, 2004, 82:7.

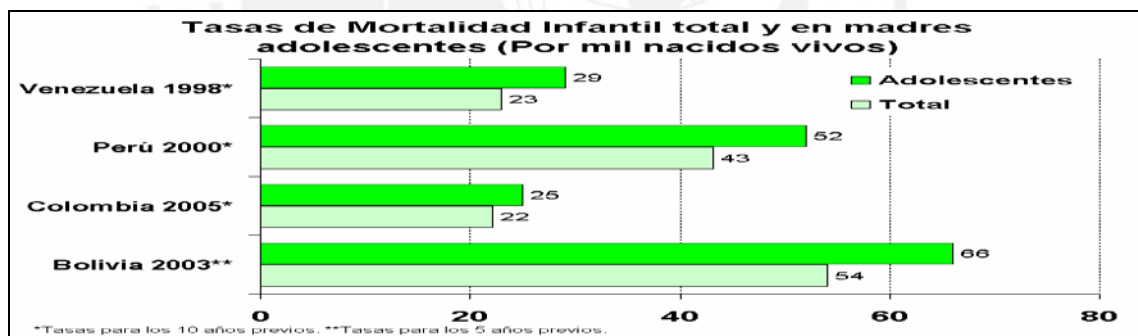
el 8% de adolescentes usaba condón durante sus relaciones sexuales con cualquier pareja. En nuestro país, según ENDES Continua (2000 y 2004), la extensión del VIH/SIDA se mantiene en ascenso y esto se debe a que la mayor parte de las relaciones sexuales son inseguras. Un dato que da cuenta de ello es el bajo uso de condones, pues como método anticonceptivo, apenas alcanza al 8.6%, tres puntos más que en el 2000.

(f) Salud Materna¹³³.- prevalencia de la anemia entre mujeres de 15 a 49 años, de los cuales, el 34,2% se da en mujeres gestantes y el 37,7% se da en mujeres que se encuentran lactando. El 2,1% de las mujeres que residen en el área urbana no han recibido atención prenatal; y el 10,8% de mujeres que residen en el área rural no han recibido atención prenatal.

(g) Cáncer ginecológico¹³⁴.- Un tema que afecta a las mujeres es el tumor maligno de mama. En 1966, éste ocupaba el cuarto lugar como causa de muerte y en el año 2000, el tercero; y en el 2002, en el Perú, ocurrieron 5 400 casos de cáncer uterino y 2 633 mujeres habrían fallecido por esta causa.

(h) Mortalidad materna¹³⁵.- En el Perú cada día, 2096 mujeres quedan embarazadas; 813 son embarazos no deseados; 324 sufren complicaciones obstétricas; 94 abortos incompletos son atendidos; 2 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto o puerperio y el 12% de la mortalidad materna en el año 2006 fue en adolescentes.

Diagrama N° 03: Tasa de mortalidad materno-infantil



Fuente: Organismo andino de salud con Hospital Hipólito Unánue.

(i) Violencia familiar y sexual.- Según la ENDES Continua 2004, el 41% de las mujeres reportaron algún tipo de violencia durante su relación de pareja. Un 14% acudió a buscar ayuda en alguna institución, un 6564 casos de violencia sexual reportados ante la Policía Nacional a nivel nacional, durante el 2006, en la que el 77% de las víctimas tenía entre 1 a 17 años. Y en el año 2007, el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público reportó haber atendido 31780 casos contra la integridad sexual, los casos están vinculados a delitos contra la libertad sexual. Significa que cada día se reportan 87 casos. Y cada hora se denuncian 3 casos.

¹³³ ENDES Continua, 2004-2005.

¹³⁴ DGE-MINSA, 2004.

¹³⁵ Estrategia sanitaria de SSR- MINSA, 2007.

Según datos del ENDES, la violencia es un hecho que está presente en una proporción importante en la vida de las personas. Datos nacionales señalan que en el Perú¹³⁶, el 48% de las mujeres de Lima y el 61% de mujeres de Cuzco reportan haber sufrido violencia física por parte de su pareja. Y el 23% y 47% reportaron haber sufrido violencia sexual, igualmente por parte de su pareja; lo que permite concluir que en la región de Lima y Cuzco, 2 de cada 3 mujeres han sido violentadas física y sexualmente. Sólo una de cada tres mujeres ha buscado ayuda en un servicio, principalmente en la policía, aunque la respuesta recibida no deja satisfechas a muchas mujeres. La principal razón para buscar ayuda se refiere a situaciones límites de: gravedad, temor al asesinato, violencia contra los hijos/as. Siendo las principales barreras al temor a no ser creídas ó que el servicio no será de gran ayuda.

Respecto a la violencia específica con la población adolescente, esta investigación proporciona información interesante, donde el 28.4% de mujeres en Lima y el 31% en Cusco han sufrido de violencia física a partir de los 15 años, por parte de alguna persona distinta a la pareja. Y una de cada 5 mujeres en Lima y Cusco reporta haber sufrido violencia sexual en la infancia y el principal agresor resulta ser algún otro familiar masculino, y en segundo lugar, un desconocido. En tanto, los agresores principales siguen siendo los varones de su familia, amigos y enamorados.

Siendo la violencia tan extendida, sin embargo, es muy poco lo que se ha logrado y aunque en el país hay avances significativos que han permitido, por un lado, llamar la atención sobre el problema, así como un incremento en número de denuncias(a la fecha el Instituto de Medicina legal registra aproximadamente 24000 denuncias de violencia sexual), la mayoría de los casos pasa desapercibido sobre todo porque las víctimas, particularmente las adolescentes, no buscan ayuda ó no se protegen de la coerción sexual, pues en sociedades en donde existen estrictos roles de género y dobles estándares, resulta difícil para las adolescentes buscar apoyo ó escapar de las insinuaciones sexuales por coerción, sin sentirse ó verse culpables. Un factor que contribuye a esta situación es la escasa información, la poca credibilidad que se deposita en los niños y adolescentes, y en la falta de servicios que detecten con capacidad resolutive este tipo de problemas.

(j) **Fecundidad**¹³⁷.- En el año 2005, el 27,3% de los nacimientos no fueron previstos; el 29,2% de las mujeres quería que el nacimiento de su hijo(a) fuera más tarde; y; sumando lo anterior, se concluye que el 57% de los nacimientos ocurrieron sin que la madre lo hubiera deseado. Entre el 2001 y finales del 2003, producto de una política regresiva en derechos reproductivos, impulsada por sectores ultra conservadores que gestionaron el MINSA, se produjo el mayor desabastecimiento de anticoncepción; fue grave porque proveía casi el 80% de la demanda de métodos anticonceptivos. En cuanto a servicios de salud, un cambio significativo fue el aumento en la atención calificada en el embarazo y, sobre todo, en el parto, que subió de 59,3 a 71,1%. Se asume que esto fue resultado del SIS. Y planificación familiar, bajó su cobertura.

¹³⁶ Guezmes A. y col. La violencia física y sexual en el Perú. OMS, UPCH y Flora Tristán, 2002.

¹³⁷ Anuario estadístico de "Cuánto".

2.3.3 ANÁLISIS CONCEPTUAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

“las actitudes negativas hacia las mujeres, niñas y adolescentes, y el limitado poder de decisión que tienen muchas de ellas respecto de su vida sexual y reproductiva, son un obstáculo para alcanzar la salud”.

Plan de acción. Conferencia Mundial de Población y desarrollo, El Cairo, 1994.

La salud sexual y reproductiva (SSR) son aspectos muy importantes que son concebidos de forma integral tanto de mujeres como de hombres. Responsabilidades y problemas que pese a que tienen que ver con todas las personas, se relacionan más con las mujeres; por nuestra capacidad de traer al mundo un nuevo ser. Dificultad concedida respecto al hecho de que ser madres se convierte en un destino, obligación, y no una opción de vida, que puede elegirse libremente¹³⁸. La SSR está muy relacionada, pues la segunda incluye a la primera. Más el disfrutar de una salud sexual no implica necesariamente tener hijos ó hijas, pues todos tenemos la opción de vivir la sexualidad sin asociarla a la reproducción.

La atención en SSR puntualiza el conjunto de procedimientos, técnicas y servicios que apoyan a la salud de la función sexual reproductora y al bienestar mediante la prevención y solución de los problemas presentados en su logro¹³⁹

2.3.3.1 ¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD SEXUAL?

Un grupo de expertos de la OMS describe la salud sexual como *“la integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que contribuya al mejoramiento de la personalidad, la comunicación y el amor”*. Es un concepto que va más allá del hecho de no padecer enfermedades, lesiones, violencia; vivir una vida sexual sin temor, vergüenza, culpabilidad ó ideas falsas sobre la sexualidad; de cuidar nuestro cuerpo¹⁴⁰; de ser capaces de tomar decisiones con respecto a nuestra sexualidad y la pareja que queremos; y el escoger formas de relacionarnos que nos hagan sentir bien con nosotras mismas y con los demás.

La salud sexual se garantiza mediante políticas y programas que den poder a las mujeres y exhorten a los hombres para que asuman la responsabilidad de su propia conducta sexual. El programa de acción de la CIPD¹⁴¹ sugiere pasos que se requieren para lograr la SS de mujeres y hombres en todo el mundo. Así:

a) Equidad en las relaciones sexuales.- según el programa de acción de la CIPD¹⁴², entendemos que la sexualidad y la relación entre géneros constituyen el núcleo de la SSR. Katchadourian (1998)¹⁴³ propone

¹³⁸ Manarelli, M.E. La salud sexual y reproductiva, un derecho. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, marzo de 1997.

¹³⁹ Reproductive health strategy, 2004. párrafos 35-41.

¹⁴⁰ Population Council, Mensajes sobre salud sexual y reproductiva, tomo I. 1999.

¹⁴¹ Programa de acción adoptado por los 184 países en la Conferencia internacional obre población y desarrollo, realizada en el Cairo en 1994, el cual contribuyó al debate sobre la mejor forma de definir y comprender la salud sexual de hombres y mujeres en todo el mundo.

¹⁴² Declara: “la equidad en las relaciones entre hombres y mujeres en cuanto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo un absoluto respeto hacia la integridad física, requiere del respeto mutuo y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual. El comportamiento sexual responsable, la sensibilización y la igualdad en las relaciones entre

3 componentes básicos: identidad (cualidad de ser sexual), comportamiento (capacidad sexual) y afecto (sentimientos sexuales), recalando y relacionando que la sexualidad envuelve algo más que sexo, función genital ó coito. Asimismo, hay argumentos de socialización que van a influir en la sexualidad: familia, escuela, iglesia, leyes y medios de comunicación; además hay que deducir que este aprendizaje social influye en el comportamiento, sentimientos e ideas deseables de cada persona en razón de su sexo.

Según los estudios de Ivankovic¹⁴⁴ la perspectiva de equidad de género nos sirve para: romper con la invisibilidad de las mujeres (en la historia, en la economía, en la política y en las organizaciones, etc.); analizar como se ubican las mujeres y hombres en cada sociedad ó comunidad, las diferencias de roles y de posiciones de poder que tienen, los beneficios a que pueden ó no acceder y las limitaciones que se establecen para cada sexo; y proponer modificaciones para las desigualdades que son injustas y que afectan a las mujeres en nuestras sociedades.

b) Eliminación de la violencia contra la mujer.-respecto al derecho de la mujer a no sufrir violencia. Pues cuando se infringe este derecho, las mujeres no pueden disfrutar libremente de sus derechos humanos¹⁴⁵ básicos. La violencia basada en género, constituye uno de los aspectos que más influye en la SSR, y en el acceso a los servicios.

c) Cambios en los papeles masculinos¹⁴⁶.- en razón que muchos hombres no asumen la responsabilidad de su propia conducta sexual, su fecundidad, ITS y el bienestar de sus compañeras sexuales y de los niños (as) que engendran. Siendo importante el rol de la paternidad responsable (ver glosario de términos), que de no ser efectiva hay serias consecuencias en la adolescencia.

d) Asegurando que los sistemas de salud y educación aborden la sexualidad de todas las edades y las relaciones entre géneros.- es importante que los padres y las comunidades apoyen los sistemas de salud que abordan las relaciones de género y la sexualidad, que reconozcan que la sexualidad es positiva y que es crucial para el bienestar de las personas¹⁴⁷.

géneros, en particular cuando se inculcan durante los años formativos, mejoran y promueven las relaciones respetuosas y armoniosas entre hombres y mujeres". (7.34).

¹⁴³ Katchadourian, H.A. (1998). La terminología del género y del sexo.(comp.), La sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución (pp. 14-45). México: FCE.

¹⁴⁴ Milka Ivankovic, de Mujer a género, ¿para qué?/ en línea/. Comisión de género de CEDECOOP. /consultado el 21 de octubre del 2008/. Disponible en:<http://www.neticoop.org.uy/article404.html>.

¹⁴⁵ La declaración de Viena y el Programa de acción adoptado en la Conferencia mundial de Derechos humanos de 1993, reconoce: "...la importancia de trabajar por la eliminación de la violencia contra las mujeres en los ámbitos públicos y privados: la eliminación de toda forma de hostigamiento sexual, explotación y tráfico de mujeres; la eliminación de la parcialidad basada en el género en la administración de la justicia, y la erradicación de cualquier conflicto que pudiera surgir entre los derechos de la mujer, los efectos dañinos de ciertas costumbres y prácticas tradicionales y culturales, y los prejuicios y el extremismo religioso" (11.38).

¹⁴⁶ El programa de acción de la CIPD, declara:" se deben realizar esfuerzos especiales para subrayar la responsabilidad compartida de los hombres y promover su participación activa en una paternidad responsable y un comportamiento sexual y reproductivo, incluyendo la planificación familiar; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH; la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo; el control sobre los ingresos familiares y la educación, la salud y nutrición de los hijos(as), y el reconocimiento y la promoción del idéntico valor de los hijos de ambos sexos". (4.27).

¹⁴⁷ El programa de acción de la CIPD, declara: " los países, al mismo tiempo que reconocen los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas legalmente responsables de los/las adolescentes para proporcionar orientación y dirección en materia de sexualidad y reproducción, de una manera consistente con la evolución de las capacidades de los/las adolescentes, deben también asegurar que los programas y las actitudes de los/las proveedores de atención a la salud no restrinjan el acceso de los/las adolescentes a los servicios y a la información que requieren, incluso sobre ITS y abuso sexual". (7.45).

La educación para la salud permite avanzar desde una mirada estrictamente sanitaria hacia una mirada integral y holística, dado que las personas son responsables de su salud. La educación para la salud debe tender a buscar el desarrollo de capacidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el marco de los derechos, con énfasis en el ámbito escolar. Para ello debe emplear diversos procesos de aprendizaje, tanto dentro como fuera del espacio físico de las instituciones educativas, facilitando la adquisición y práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y capacidades, necesarias para el control, la promoción y la protección de la propia salud así como la de la familia y la comunidad.¹⁴⁸

La educación para la salud, como programa y propuesta, es implementada por el MINSA, de donde se desprenden los enfoques¹⁴⁹: equidad en salud, equidad de género, interculturalidad, ciudadanía, participación y empoderamiento social. (Ver cuadro N° 11).

Cuadro N° 11: Enfoques de promoción de salud y educación para la salud en la sociedad civil

Enfoques	
Equidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Atención diferenciada según cada una de las etapas de la vida - Desarrollo de las capacidades de aprender a ser, aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a emprender.
Equidad de género	<ul style="list-style-type: none"> - El poder y su manejo - Autonomía y autodeterminación de mujeres y hombres par decidir sobre su salud tanto a nivel individual como colectivo.
Interculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Valores de solidaridad y respeto - Reconocimiento de diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas - Revaloración y recuperación de la salud popular. - Comprensión de los modos y estilos de vida de las culturas indígenas. - Comprender los temores y recelos frente a los problemas de salud.
Ciudadanía, participación y empoderamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Empoderamiento de la comunidad educativa. - La salud como un derecho humano fundamental. - Cultura democrática de los deberes y derechos de las personas, grupos y pueblos. - Ciudadanía en salud, sobre la base de la participación, el desarrollo de iniciativas, autonomía, con criterios de descentralización y relaciones equitativas en cada localidad. - Disposición de información, educación y los medios para la salud. - Cultura de la salud.

Fuente: Nizama y Samaniego en "Cómo mejorar la educación para la salud"- Diagnóstico situacional y propuestas.-2007.

Finalmente, existen realidades que atentan contra la salud sexual de los/las adolescentes; y por ello todos debemos denunciar, apoyar y trabajar para que hechos dolorosos que ocurren en este campo no se sigan

¹⁴⁸ Estrelia Bizama Ruiz y Alejandro Samaniego Salcedo. "Como mejorar la educación para la salud". Diagnóstico situacional y Propuestas. CARE –Perú. Marzo del 2007. página 25.

¹⁴⁹ Estrelia Bizama Ruiz y Alejandro Samaniego Salcedo. "Como mejorar la educación para la salud". Diagnóstico situacional y Propuestas. CARE –Perú. Marzo del 2007. páginas del 66 al 72.

presentando: **a)** Adolescentes carentes de conocimiento, información y apoyo están expuestas a sufrir presiones para tener relaciones sexuales. Violencia que ocurre tanto en la familia como fuera de ella. **b)** Adolescentes expuestas a tener RS sin usar un método de protección, a tener hijos no deseados y verse asumir responsabilidades para los cuales no están preparados. **c)** La mayoría de ITS, incluso VIH/SIDA se transmiten con mayor facilidad del hombre a la mujer. **d)** Muchas adolescentes son amenazadas a tener RS con su esposo ó compañero cuando no lo desean. **e)** Adolescentes obligadas a traer niños al mundo con malformaciones genéticas (caso Karen Llantoy (2001), una adolescente de 17 años que fue obligada a tener un bebé sin cerebro, que moriría minutos después. Caso evaluado en la corte internacional de derechos humanos.

2.3.3.2 ¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD REPRODUCTIVA?

En la CIPD¹⁵⁰, los gobiernos definieron la salud reproductiva como:” *un estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedades o padecimientos, en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor, sus funciones y procesos*”. Salud reproductiva (SR) se refiere a aspectos de la salud relacionada con la reproducción de la especie humana, tanto en lo físico, como en lo psicológico y social. Incluye además disfrutar de una vida sexual placentera¹⁵¹.

La atención a la SR busca satisfacer las necesidades de salud de mujeres y hombres en relación con la sexualidad y la procreación. La SR¹⁵² tiene componentes de atención a considerar: **a)** Consejería sobre: sexualidad, embarazo, anticoncepción, aborto, infertilidad, ITS. **b)** Educación sobre sexualidad y relaciones entre géneros. **c)** Prevención, detección y tratamiento de infecciones del aparato reproductor, ITS, VIH/SIDA. **d)** Toma de decisiones voluntarias e informadas. **e)** Prevención y tratamiento de la infertilidad. **f)** Servicios de post-aborto seguros. **g)** Cuidado prenatal, parto y puerperio.

Las necesidades básicas en SR cambian según el estrato socioeconómico, género, grupo étnico, estado civil, las expectativas y proyecto de vida de cada persona. Los servicios de salud deberían satisfacer las necesidades de los usuarios, sin embargo, se ofertan servicios en los que generalmente se asumen las necesidades de las personas a partir de lo que el sistema médico supone que ellas requieren y no se responde a las necesidades “sentidas”¹⁵³ de usuarios(as), quedando, por lo tanto, insatisfechas.

¹⁵⁰ Conferencia internacional sobre Población y Desarrollo, realizado en el Cairo, 1994, donde 184 países aprobaron un plan histórico para lograr un equilibrio entre la población del mundo y sus recursos; y por primera vez, un acuerdo internacional sobre población otorgó un papel primordial a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres.

¹⁵¹ Manarelli, M.E. La salud sexual y reproductiva, un derecho. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, marzo de 1997.

¹⁵² Population Council-Oficina regional para América latina y el Caribe. Mensajes sobre SSR. Tomo I.1999. página 14.

¹⁵³ Clasificación de Bradshaw, mencionado en el libro de Dever, G.E. Alan. Epidemiología y administración de servicios de salud Maryland: OPS, 1991. Se define necesidades: 1) N. normativa: definida por expertos y que resulta de comparar una situación deseable con una real. 2) N. sentida: necesidad percibida por las personas, no refleja la necesidad real, ya que está limitada por las percepciones individuales. 3) N. expresada o demanda: necesidad sentida y traducida en una acción concreta de demanda y puede ser satisfecha a través de la utilización de servicios o no. 4) N. comparativa: resulta del análisis de las características de personas que reciben servicios, las cuales, por definición, están necesitadas.

2.3.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SU IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA Y EL DESARROLLO

“...La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas...ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto mas amplio de la justicia”.
Amartya Sen (2002)

Sen (2000)¹⁵⁴, asegura que si bien la apertura económica contribuye al desarrollo, ésta por sí sola no bastaría si no se toman medidas en el campo de la educación y la salud, las cuales son esenciales en la lucha contra la pobreza. Y refiere que es común destacar que el éxito de Corea del Sur, China y Taiwán; por ejemplo; se debía a que sus economías estaban más abiertas que en otros países como India y Pakistán. *"Eso es verdad, pero también es verdad que Pakistán e India habían descuidado la educación, la salud y la reforma agraria"*. Lo cual, según Sen; eso demostraba que *"cuando se abrían los mercados, habían muchos que no estaban listos para competir en el mundo global"*. Y refiere que la globalización debe ir acompañada de un progreso social. Advierte que las sociedades pueden sufrir golpes cuando son obligadas a una *"mayor competitividad"* a raíz de la integración económica.

El tema de salud y educación sexual, reproductiva e igualdad de género, permanece vigente. *“Estamos hablando de una tasa alta, incluso en el contexto Latinoamericano. Esto tiene un efecto importante en el campo escolar, vinculación laboral, y, sobre todo, sobre los esfuerzos de reducción de la pobreza”*, aseguró el representante de UNFPA¹⁵⁵, Diego Palacios.

El impacto del crecimiento demográfico en la década de 1980 y principios de 1990 con la SSR estaban estrechamente relacionados. Sin embargo, esta situación varió cuando 179 jefes de Estado y de gobierno se congregaron en El Cairo, CIPD, en 1994, tras lo cual adoptaron un Programa de Acción. Observamos que uno de los acuerdos, es que los gobiernos se comprometerían a compensar las necesidades de planificación familiar de su población lo antes posible, a más tardar para el año 2015, proporcionando acceso universal a una gama completa de métodos seguros y eficaces de planificación familiar. Asimismo, se mostraron de acuerdo en que los hombres y las mujeres tienen el derecho de estar seguros, eficaces, asequibles y aceptables, en tanto no sean contrarios a la ley¹⁵⁶. A lo que, Sonia Correa y Rosalind Petchesky argumentan que el término “derechos reproductivos” se empleó por primera vez en

¹⁵⁴ Amartya Sen , *“Desarrollo y libertad”*. Nació en 1933 en la India. En 1959 realizó su doctorado en la Universidad de Cambridge en el Reino Unido y luego fue profesor en la India, el Reino Unido y los Estados Unidos de América. Actualmente enseña en el Trinity College, de la Universidad de Cambridge (Reino Unido). La Real Academia Sueca de Ciencias en 1998 le entregó el Premio Nobel de Ciencias Económicas por sus contribuciones a la investigación del bienestar económico. Editorial: Planeta, 2000.

¹⁵⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el 2005.

¹⁵⁶ Programa de acción de la CIPD, capítulo VII.

Estados Unidos, probablemente con la fundación, en 1979, de la Red Nacional de Derechos Reproductivos (R2N2)¹⁵⁷.

No obstante, la SSR fue definida por consenso internacional en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994. Esta definición empezó a generalizarse para reivindicar los derechos que las mujeres tienen en el ámbito reproductivo, centrándose en la promoción de la toma de decisiones saludables, voluntarias y seguras en lo relativo a la vida sexual y reproductiva de individuos y parejas, incluyendo las decisiones sobre el tamaño de la familia y el momento del matrimonio, las cuales son fundamentales para el bienestar humano. Se analizó los desafíos ligados al crecimiento poblacional y al desarrollo sustentable, y tuvo un impacto muy importante porque los asuntos de población fueron planteados desde un enfoque de derechos humanos¹⁵⁸.

La sexualidad y la reproducción son aspectos vitales de la identidad personal y son elementos clave para la creación de relaciones personales y sociales plenas, dentro de distintos contextos culturales. La SSR no sólo atañe a los años reproductivos, sino que como concepto enfatiza la necesidad de adoptar un enfoque de salud centrado en el ciclo de vida de las personas. Abarca temas sensibles e importantes para los individuos, las parejas y las comunidades, como son la sexualidad, la discriminación por género y las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Igualmente, se sabe que en numerosas circunstancias los derechos de hombres y mujeres son violados; pero, son los derechos de la mujer, el más perjudicado.

La falta de acceso a SSR constituye un importante problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo. Y es a partir del Programa de Acción de la CIPD que se precisaron los dispositivos básicos a concentrar en la atención de la salud reproductiva, en el contexto de la atención primaria de salud¹⁵⁹:

- a) Información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.
- b) Información y acceso a métodos de PF que sean apropiados, seguros, efectivos, accesibles económicamente y aceptados como consecuencia de una decisión informada.
- c) Provisión de servicios para un embarazo, parto y puerperio seguros.
- d) Prevención y tratamiento de las consecuencias del aborto, y acceso a servicios.
- e) Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad.
- f) Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/sida y otras afecciones como cáncer de mama o del sistema reproductor.
- g) Eliminación de conductas dañinas como la mutilación genital femenina, la violencia sexual ó el tráfico sexual.

¹⁵⁷ Correa, Sonia y Petchesky, Rosalind. "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective", en G. Sen, A. Germaine y L.C. Chen (eds), *Population policies reconsidered: Health, empowerment and rights*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994, p. 108. (advierten que las raíces del término derechos reproductivos, vinculado a la idea de integridad corporal y autodeterminación sexual, tiene una genealogía mas antigua y culturalmente más amplia).

¹⁵⁸ Rocío Villanueva Flores. Protección constitucional de los DSR. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Reformas constitucionales y Equidad de Género, organizado por la Comisión económica para AL y el caribe (CEPAL), realizado en santa Cruz (Bolivia) del 21 al 23 de febrero de 2005.

¹⁵⁹ Capítulo VII, párrafo 7.6, 7.7, 7.8, 7.9, 7.11 Programa de acción, CIPD, 1994.

- h) Generar mecanismos para la participación comunitaria, en especial de las mujeres en todos los niveles del sistema de atención de salud.
- i) Alentar la responsabilidad masculina en todos los aspectos vinculados a la SSR, sociedad civil y de la comunidad en general¹⁶⁰. La estrategia se concentra en cinco supuestos prioritarios: **(1)** Mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal. **(2)** Ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos los servicios de atención a personas con problemas de infertilidad. **(3)** Eliminar los abortos peligrosos. **(4)** Combatir las infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas. **(5)** Promover la salud sexual.

La estrategia tiene en cuenta cinco esferas claves: fortalecer la capacidad de los sistemas de salud; mejorar las fuentes de información para establecer prioridades; movilizar la voluntad política, crear marcos legislativos y reglamentarios de apoyo; y reforzar la vigilancia, evaluación y rendición de cuentas.

2.3.5 RESPONSABILIDADES ÉTICAS Y SOCIALES A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS¹⁶¹

“La salud es, sobre todo, una realidad compleja, un proceso social aún más complejo y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas no solo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores”. David tejada de Rivero, OMS, 2003.

Un factor que parece tener el mayor potencial porque subyace a todos los demás es la integración de las cuestiones éticas¹⁶². Éste parece ser el factor a impulsar en la actualidad, puesto que de él dependerán los comportamientos. Factor que depende obviamente de una voluntad política y de las instituciones de enseñanza. Y de una inteligencia política y científica¹⁶³.

Para analizar un factor fundamental desde la perspectiva moral, la conducta de los empleados (profesionales) públicos es la cultura que existe en la organización en la que trabajan. En este sentido, la organización puede ser una herramienta fundamental para promover la conducta ética, y a la vez ser un enorme obstáculo, si sus valores no son los adecuados (Denhardt, 1994). Sin embargo, en cada organización, pueden existir diferentes culturas¹⁶⁴, conviviendo en sus elementos comunes y diferenciándose en los propios. Pues, existen profesiones con fuerte cultura propia y una ética muy desarrollada, como la de la medicina; cuya ética es muy diferenciada en relación del resto de los

¹⁶⁰ Manuel Peña (representante de OPS/OMS). Perú: iniciativa regional sobre indicadores en SSR. Lima, 28 de agosto de 2008.

¹⁶¹ Salud Sexual Y Reproductiva, 15 Enero 2006 [En línea] Responsabilidades éticas y sociales relativas a los derechos sexuales y reproductivos (FIGO)[Consultada el 18 de noviembre de 2008]. Disponible en: <http://www.fecolsog.org/userfiles/file/actualizaciones/interno2/saludsexart10.php>.

¹⁶² Se entiende por “ética”, aquí en su sentido más completo, a saber la reflexión tanto sobre la dimensión del sentido sobre la forma de aplicar esa ética en términos de comportamiento en la vida cotidiana.

¹⁶³ “Responsabilidad social y ambiental: el compromiso de los actores económicos” por Vincent Commenne e Ismael Muñoz. 2006. Pág.278.

¹⁶⁴ Manuel Villoria Mendieta. Cultura organizativa y la Ética profesional”.Madrid, España, 2000.

ciudadanos. Por lo mismo, el conocimiento e identificación de la ética profesional, puede contribuir a la mejor comprensión de conflictos específicos en la toma de decisiones públicas de importancia, y a su correspondiente tratamiento.

En esa perspectiva, los proveedores de servicios de salud reproductiva luchan diariamente al tomar decisiones éticas que pueden tener consecuencias importantes para el bienestar de sus clientes/pacientes. Es reconocida que la SSR, es un propósito que concierne al mundo entero; que las relaciones que se entablan entre hombres y mujeres son la base de la SSR, y que deberían ser asumidas libremente y de forma segura, sin violencia ó coacción; que la morbilidad y mortalidad que las mujeres sobrellevan a raíz de su rol en la reproducción está aumentada por la inequidad social que sufren pudiendo ser prevenida.

De igual manera, se reconoce que el respeto a estos derechos es responsabilidad ética de los profesionales del cuidado de la mujer, y que los derechos humanos en general forman una parte importante de la ética médica y son aplicables a todas las mujeres, independientemente de su edad, estado civil, etnia, afiliación política, raza, religión, estatus económico, discapacidad ó cualquier otro estado. Por ello, las responsabilidades profesionales, basadas en su compromiso de asegurar los derechos humanos y principios éticos en el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres¹⁶⁵ considera:

- A. Competencia profesional.-** que le permita alcanzar y conservar los más altos niveles de idoneidad profesional en la salud de la mujer, afirmando un comportamiento profesional digno y pueda prevenir conductas impropias con usuarios(as) ó sus familias. Para lo que debe negarse a practicar ó apoyar prácticas que violan los derechos humanos ó los principios de ética médica y promover el aprendizaje continuo y de por vida de los profesionales de la salud en cuestiones de salud sexual y reproductiva, derechos y ética.
- B. Autonomía de la mujer y Confidencialidad.-** respecto a favorecer el proceso de tomar decisiones informadas sobre su SSR, libre de prejuicios y coerciones. Incluye la necesidad de proceder sólo después de obtener el consentimiento ó desacuerdo informado, previo, apropiado, de entrega de información y educación del paciente sobre la naturaleza, implicaciones del tratamiento, opciones y resultados de las diferentes alternativas disponibles. Así, se procura la oportunidad a las mujeres de reflexionar y valorar su elección de tratamiento de sus propias necesidades. Y asegurar que las/los adolescentes sean asistidas/os sin discriminación, de acuerdo al desarrollo de sus capacidades y no simplemente según su edad biológica, en el proceso de facilitar la toma de decisiones libres e informadas sobre salud sexual y reproductiva.
- C. Responsabilidad hacia la comunidad.-** se trata de defender y proteger el derecho de todos los pobladores a acceder a la información y educación, defender y proteger el derecho a tomar sus propias decisiones sobre sus relaciones sexuales como parte natural de sus vidas; y para causar un amplio y cuidadoso diálogo, razonado en la mejor evidencia médica, para intervenir positivamente en las conductas y prácticas de salud, las políticas y la ley.

¹⁶⁵ David A. Tejada de Rivero, Subdirector de la OMS de 1974-1985. Revista de perspectivas de salud. OPS, 2003.

CAPÍTULO III

MARCO DE ANÁLISIS DEL PSSR DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN: PERÍODO DEL 2005 AL 2008

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.

La OMS, OPS. Asociación Mundial de Sexología y Salud Sexual (2000).

En éste capítulo se desarrolla 5 temas: en el primer ítem se aborda los antecedentes históricos sobre los casos estudiados y sistematizados en SSR a nivel internacional y nacional. En el segundo ítem se analiza el marco normativo, relacionado a los instrumentos que aseguran el cumplimiento del PSSR tanto a nivel nacional, internacional como institucional (Huaycán). En el tercer ítem se analiza el lugar de estudio: el Hospital de Huaycán (HH), sobre todo lo concerniente a sus orígenes, formación y organización institucional; en el cuarto tema, se hace un análisis situacional del programa de salud sexual y reproductiva (PSSR) del HH desde el año 2005 al 2008, comparándolo con el resto de sedes de la DISA IV- Lima este, jurisdicción a la que pertenece y luego a nivel local, enfocando los diversos programas en SSR, según Lineamientos de política de salud estipulados por el MINSA. Y en el quinto tema, se enfoca el análisis de actores y/o aliados estratégicos que participan y/o no participan en beneficio de los/las adolescentes de Huaycán.

3.1 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES DE ESTUDIO: ESTUDIOS INTERNACIONALES Y NACIONALES SOBRE EL PSSR DE ADOLESCENTES

3.1.1 ESTUDIOS INTERNACIONALES

Entre marzo del 2001 al 2003, Perú fue el único país de Latinoamérica seleccionado para participar en una experiencia en el tema de calidad en la SSR así como la existencia de espacios de concertación entre distintos aliados comprometidos con la SSR. El tema es **“Construyendo un Modelo de intervención en salud sexual y reproductiva”**, Stronger voices for reproductive health, es un proyecto liderado por el

Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), que en general busca mejorar la calidad de los servicios de SSR a través de la construcción de alianzas y movilización comunal. Un modelo que acerca a proveedores de salud y adolescentes usuario(as) a través del diálogo. Identificando prioridades y desarrollan estrategias conjuntas para mejorar los servicios y sus prácticas en SSR. Los lugares elegidos en Perú fueron Lima (san Juan de lurigancho), Ayacucho, Ucayali¹⁶⁶. Este modelo de intervención en SSR fue global, pues se hicieron trabajos similares en: India, Kyrgyzstan, Mauritania, Nepal, Tanzania y Perú. Si bien estos países presentan claras diferencias culturales, sociales, políticas y económicas, también comparten similares desafíos en la prestación de servicios de calidad en SSR en un contexto de disminución de recursos y de una reforma del sector salud.

Las intervenciones de SSR enfocadas a los/las adolescentes y jóvenes tienden a centrarse en posponer la edad de la unión, posponer el embarazo, uso de MAC modernos y del preservativo para prevención de las ITS. De otro lado, en EE.UU. hay 2 experiencias de participación¹⁶⁷, como: el **Programa de participación de pares en Minesota** (que involucró a estudiantes en la planificación y promoción de actividades sociales sin alcohol, para determinar si tal participación está asociada con la reducción del uso del alcohol entre los estudiantes. Cuyo fin es el cambio de actitudes entre adolescentes involucrados y aquellos que no estuvieron integrados). Y el **Programa de participación en Pensilvania** (muestra como los adolescentes pueden ser socios ó colegas con los adultos a través de espacios de concertación en función de un objetivo común).

3.1.2 ESTUDIOS NACIONALES

- a) **“Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú”**.- Entre octubre del 2000 hasta junio del 2002, a iniciativa de ESAN en coordinación con el MINSa, LANATA, Claudio; ESPINO Susan y BUTRÓN, Betzabé; realizaron un estudio de investigación aplicativo, cuyo fin principal fue el implementar un programa de capacitación materno infantil (PCMI) a nivel nacional. Siendo las provincias elegidas: Ayacucho (Hospital de Huamanga y Hospital Huanta, C.s. de Cangallo y C.s. de Querecotillo), Piura (Hospital Sechura y Hospital de Paita, C.s. de Ocoña); Arequipa (Hospital Regional Honorio delgado y Hospital de Camaná, C.s. de Moche); La Libertad (Hospital Regional de Trujillo, Hospital del Chepén, Hospital Bellavista) y San Martín (Centro materno Peri natal de Tarapoto, Hospital Banda de Schilcayo, C.s. de Picota). Equipo de trabajo que contó con la asesoría permanente de USAID. Varios elementos de esta propuesta en la etapa de implementación del PCMI fueron incluidos en los sistemas de auto supervisión y evaluación que el Proyecto 2000 diseñó para los hospitales, para mantener y optimizar los sistemas de mejoramiento continuo de la calidad, pero desafortunadamente al final, tanto el Proyecto 2000 como el MINSa no aceptaron la idea de contar con un ente externo

¹⁶⁶ Publicado en el 2004 por la UNFPA. Proyecto respaldado por la coalición de OPS, UNICEF, ONUSIDA Y ONUDD, además de las alianzas entre agencias de cooperación internacional y ONGs internacionales y nacionales y por supuesto MINSa

¹⁶⁷ Ciudadanía sexual.org./ en línea/ Boletín electrónico sobre sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina / consultado el 12 de octubre de 2008/. Disponible en: <http://www.ciudadaníasexual.org/boletín/b16/editorial.htm>.

encargado de la reacreditación, asumiendo el mismo proyecto 2000 el reto para llevar a cabo esta actividad (lo que no se realizó).

- b) **“Estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente”**. UTES, San Román, Juliaca, Puno, 1997. CHAMBI CATAFORA, María Amparo del Pilar sustentó su tesis para el grado de Magíster en Salud Pública de la UPCH. Estudio donde explora y describe las percepciones del personal de salud acerca de la SSR del usuario(a) adolescente, realizando 24 entrevistas a profundidad y 4 entrevistas focales a profesionales de la salud (incluidos Médicos, enfermeras, obstétricas y técnicos de salud). A través de ellas constató que el personal percibe a los usuarios adolescentes como un problema en si mismo e inherente a la edad y período de vida, influyendo de manera negativa en la interacción y atención de éstas.
- c) **“Influencia del nivel de conocimiento en las actitudes sobre SSR de los alumnos de 4to. Y 5to. De secundaria del Liceo Naval”**. Lima, 2000. DÁVILA GARCÍA, Adriana, SÁNCHEZ RONDÓN, Karin y CHILÍN ROJAS, Noelia; sustentaron su tesis para el grado académico de Enfermeras en la UPCH. Estudio donde identifican que el nivel de conocimiento es medio (57.6%) y la actitud es indiferente (52.4%); donde determinaron que el nivel de conocimiento si influye en las actitudes de los adolescentes.
- d) **“Nivel de conocimientos y actitudes asociado al comportamiento sexual: adolescentes varones. Centro nacional nuestra señora de Guadalupe y San Julián”**, Lima, 2000. HUAMÁN CANCHARI, Yudi y JUSTO ÑAUPA, Ayda sustentan su tesis para optar el grado de Enfermeras en la UPCH. Estudio donde concluyen que el nivel de conocimiento está relacionado con sus opiniones y actitudes sobre SSR, y que los medios de comunicación masiva y el medio donde se desarrolla influyen en el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas, colocándolos en posición de mayor riesgo a adolescentes de colegios nacionales en comparación de alumnos adolescentes de colegios particulares.
- e) **“Conocimiento de salud Reproductiva en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Cayetano Heredia”**. Lima, 1994. CHUECA OSTOLAZA, Alberto Fernando; sustenta su tesis para el grado de Magíster en Salud Pública de la UPCH. Estudio donde demuestra que un mejor conocimiento de la SR implica mayor educación y que un mayor número de charlas prenatales favorecen el desarrollo gestacional de las adolescentes.

3.2 ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO: INTERNACIONAL Y NACIONAL Y SOBRE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSR)

El desarrollo de la SSR de la población adolescente es uno de los temas en los que múltiples instituciones peruanas y de cooperación internacional centran su atención. Y no es para menos, dada la existencia de

indicadores alarmante en relación con embarazos (por lo general no deseado), abortos, muertes maternas, ITS, violencia y otros problemas que afectan a los y las adolescentes de nuestro país.

Los documentos con que se cuentan y que comprometen la actuación del Estado Peruano en materia de DSR como parte de las estrategias de atención y en marco de las necesidades de este grupo de población adolescente, enfatiza normativas legales que aseguren la atención de calidad.

3.2.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Existe una serie de normas y tratados internacionales que señalan algunos mandatos en relación al acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud. La mayor parte están en el marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del Niño. Dicha convención se aplica a menores de 18 años, que para el caso peruano es obligatorio.

Algunos de los instrumentos que contienen los principios de los distintos instrumentos internacionales sobre DSDR, como el *“derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, su espaciamiento y el momento de tenerlos”*, incluyendo a los/las adolescentes, y que están reconocidos por el Estado son:

El primer documento de derechos humanos promulgado por una organización internacional universal viene a ser la Declaración Universal¹⁶⁸. Los derechos humanos se precisan como los derechos y libertades básicas de todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición. La Declaración Americana de Derechos Humanos. Aprobada en Bogotá en 1948; amplía la concepción biomédica de la salud para incluir otros determinantes de la salud y afirma en el artículo N° 11, que *“toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”*. La Declaración de los Derechos Humanos plantea que la salud es un derecho humano reconocido, en el que se contempla el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; otorga derechos a cuidados y asistencia especial a la maternidad y la infancia, y protección social a los niños nacidos dentro o fuera del matrimonio (art. 25).

- **Convención Internacional de los Derechos del Niño.**- Primer tratado internacional de derechos humanos que reconoció la violencia y el abuso sexual como una violación a la SSR de los/las adolescentes. Bajo este acuerdo, los Estados están obligados a garantizar el acceso a la información y servicios de planificación familiar, en fomentar leyes que impidan la exclusión, el abandono y la deserción escolar, y en prevenir los embarazos producto de una violación o de interrumpir aquéllos que pongan en grave riesgo la vida o de causar daños permanentes a su salud, tal como lo señala el código penal en su artículo 119.

¹⁶⁸ Pese a que la declaración Universal fue adoptada como una resolución sin valor legal, se sostiene que la Declaración es un instrumento normativo que crea obligaciones legales para los Estados miembros. La declaración de Viena (1993) confirmó la responsabilidad de los gobiernos en los derechos humanos, siendo estos derechos intrínsecos de todos los seres humanos.

Ante la dificultad de los Estados de garantizar y proteger el derecho a la información y la toma de decisiones de los/las adolescentes, el Comité de los derechos del Niño en la observación general N° 04¹⁶⁹, planteó algunas preocupaciones, como por ejemplo en lo relacionado a los obstáculos para la aplicación de programas de educación y planificación familiar, al disfrute por parte de las madres de sus derechos básicos, al derecho y al acceso a la educación. También se pronunció respecto al alto índice de embarazos tempranos y de abortos peligrosos, y recomendó al estado adoptar medidas para impartir educación familiar y prestar servicios adecuados a los jóvenes en la escuela y en los programas de salud que se llevan a cabo en el país¹⁷⁰.

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**- Entró en vigencia en 1976 y reconoce el derecho de toda persona al disfrute de salud física y mental, y la obligación de los Estados de adoptar medidas para asegurar la plena efectividad de ese derecho (art. 12). La Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas interpreta el contenido de esos acuerdos en salud al señalar una serie de derechos: derecho a la salud materna, infantil y reproductiva; a la higiene del trabajo y el medio ambiente; a la prevención y tratamiento de enfermedades y la lucha contra ellas; el derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud.
- **El Protocolo de San Salvador.** Aprobado en 1988. En su artículo N°10 afirma que toda persona tiene el derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social; y los Estados, reconociendo la salud como un bien público, se comprometen a adoptar las medidas para garantizar este derecho, incluyendo la atención primaria, es decir, esencial, de la salud, de todos los individuos bajo la jurisdicción del Estado, la prevención y el tratamiento, la educación en población sobre prevención y tratamiento, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo o vulnerabilidad por pobreza.
- **Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW).**- Vigente desde 1981, los Estados partes se comprometen a eliminar toda discriminación contra la mujer, que le impida acceder a la atención médica, incluyendo el acceso a servicios de planificación familiar, y a garantizar a la mujer los servicios para el apropiado embarazo, parto y posparto, incluso gratuito, cuando fuese necesario. El comité que supervisa la CEDAW emitió la recomendación general N° 12, de la convención; señala en relación al derecho de las mujeres, a acceder sin discriminación a servicios de atención médica incluyendo los de planificación familiar, embarazo, parto y posparto, lactancia; también le corresponde a las niñas y adolescentes, ya que el término “mujer” se debe interpretar a la luz de la convención que abarca a la niña y a la adolescente.

¹⁶⁹ Observación general N° 04. La Salud y el Desarrollo de los/las Adolescentes en el Contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, 21/07/2003. CRC/GC/2003/4.

¹⁷⁰ Observaciones finales del 13 período de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Uruguay, par. 12 y 22, 11 de octubre de 1996, Doc. ONU CRC/C/15/Add.62, (visitada en diciembre del 2008).

- **La Conferencia Internacional de El Cairo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (CCMM).**- La CIPD y la CCMM reflejan muchas de las disposiciones claves recogidas en la Convención sobre los Derechos del Niño relacionadas con los derechos y la SSR de los/las adolescentes. La CIPD, Principio N° 10, párrafo 6.15, refiere: *“Los jóvenes deberían participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria. Ello es importante en lo que respecta a actividades y servicios de información, educación y comunicación sobre la SSR, incluida la prevención de los embarazos tempranos, educación sexual y prevención del VIH/SIDA y otras ITS. Se debería garantizar el acceso a esos servicios, así como su carácter confidencial y privado, con el apoyo y la orientación de los padres y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño. Asimismo, se requieren programas educacionales a favor de la difusión de conocimientos que permitan planificar la vida y alcanzar estilos de vida satisfactorios y en contra del uso indebido de drogas”*.

Y la CCMM, párrafo 93, refiere: *“...los/las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento, sin embargo, a menudo carecen de ese acceso. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la SSR de los/las adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, confidencialidad, respeto y consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista, biológico y psicosocial, las adolescentes mujeres son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras ITS y de abortar en condiciones peligrosas. La maternidad temprana sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo. En líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos. No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción”*.

El aporte de la conferencia del Cairo y de las Metas del Milenio (1994)¹⁷¹; marcó un hito en las políticas de población y en los conceptos de desarrollo mundialmente, pues, no sólo modificó el paradigma oficial de las políticas públicas relacionadas con estos temas, basadas en el control poblacional, sino que puso su atención en otros determinantes sociales directamente vinculados al retraso, injusticia y subdesarrollo, introduciendo cambios radicales en el lenguaje e incorporando conceptos como equidad, género, responsabilidad masculina, empoderamiento de las mujeres, entre otros. Otra valiosa contribución de los acuerdos de El Cairo fue visibilizar como asuntos de política pública, viejos problemas que atañen a la vida de las mujeres, pero que hasta ese momento carecían de atención, por considerarse “privados”. A partir de esta declaración, la violencia familiar, el incesto, las barreras para ejercer decisiones reproductivas, entre otras, comenzaron a nombrarse como problemas de derechos humanos y a tomar un lugar en las legislaciones nacionales, estableciendo responsabilidades al Estado, tanto para su prevención, erradicación como para su tratamiento.

¹⁷¹ Raguz, M. FCI, PAI e IPPF, Countdown. Londres, 2004, Alcanzar los ODM debe pasar también por el cumplimiento de los compromisos asumidos en Cairo y Beijing. Edición objetivos de desarrollo del milenio- Perú. Boletín de Flora Tristán, 2005, pág 1.

En este sentido, los acuerdos de El Cairo marcan un hoja de ruta y una agenda clave que implica no sólo llenar vacíos, sino también plantea para los Estados, las organizaciones de mujeres, la comunidad organizada, las agencias de cooperación, una necesaria reorientación de las políticas públicas que conlleve a acortar las brechas entre hombres y mujeres, entre población urbana y rural, entre etnias, entre clases, entre culturas, entre personas con diferente orientación sexual, logrando así que las políticas sean más acordes al país multicultural. El reto principal para nuestro país es un proceso de regionalización que no replique los viejos centralismos, ni de grupos de poder, ni de prioridades, para dar paso a una efectiva democratización de la salud, basada en el ejercicio pleno de los derechos humanos, particularmente del derecho a la salud sexual y reproductiva.

Respecto a los ODM; vemos que estas metas están relacionadas a la SSR¹⁷². Y es así, que en un análisis de sus indicadores en comparación con los acuerdos de El Cairo, vemos que sólo se refieren a un reducido campo de acción, que además se presenta de manera fragmentada y selectiva, perdiendo la integralidad al plantear sólo tres temas centrales: reducción de la mortalidad infantil, mejora de la salud de la madre y disminución de la expansión del VIH/sida. El logro de la equidad de género y el empoderamiento de la mujer son sólo operativizados a través de indicadores de cierre de brechas en los diversos niveles de la educación formal y no como parte integral de una política de desarrollo, que implica acceso y control de recursos y participación activa en las decisiones que sí plantean los acuerdos de El Cairo¹⁷³.

Sin embargo, diversos análisis demuestran que estos acuerdos no sólo son elementales, sino que también ponen en riesgo de alcanzar dichas metas, pues al no abordarse la SSR, en especial, de las mujeres, hará imposible siquiera acercarse a cumplir las metas propuestas, especialmente las referidas a la reducción de la pobreza extrema y el hambre, al acceso a la educación primaria universal, así como a asegurar la sostenibilidad ambiental¹⁷⁴.

3.2.2 MARCO NORMATIVO NACIONAL

La Constitución Peruana reconoce el derecho de todas las personas a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La Legislación Nacional vigente¹⁷⁵ es:

- **Convención de los Derechos del Niño.-** vigente desde 1990, resalta el reconocimiento del derecho del niño (definido hasta los 18 años) al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, teniendo los Estados la obligación de progresividad del derecho a la salud (art. 24). Es más, la Convención

¹⁷² Bravo, Rosa: Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú. ONU/CEPAL/UNIFEM. Serie Mujer y Desarrollo N° 55. Unidad Mujer y Desarrollo, Santiago de Chile, mayo de 2004

¹⁷³ UNIFEM, Progress of the world's women. Nueva York, 2003; Flora Tristán, Metas del Milenio, www.flora.org.pe/metlas_tres.htm 2005; OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2005, Ginebra;

¹⁷⁴ FCI, PAI e IPPF, Countdown 2015. Londres, 2004, M. Raguz, Alcanzar los ODM debe pasar también por el cumplimiento de los compromisos asumidos en Cairo y Beijing. Edición Objetivos de Desarrollo del Milenio-Perú, 4, Boletín de Flora Tristán, 2005.

¹⁷⁵ Dra. Nelly Jurado. Programa de cuidado de adolescentes. Maestría en SSR, UPSMP, 2009.

reconoce el derecho de la niñez a una asistencia sanitaria para la atención, protección y tratamiento de su salud física y mental (art. 25).

- **Código de los Niños y Adolescentes.-** señala que el derecho a la educación comprende: a) Desarrollo de la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño y del adolescente, hasta su máximo potencial. b) Respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales. c) promoción y difusión de los derechos del niño y adolescentes. d) Preparación para una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de solidaridad, comprensión, paz, tolerancia, igualdad entre los sexos, amistad entre los pueblos y grupos étnicos, nacionales y religiosos. e) orientación sexual y la planificación familiar. f) Desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico y creativo. Meizi (2004)¹⁷⁶ señala que al ser los DSR, derechos humanos, quedan implícitamente contenidos en el inciso (b). Además, son complemento para el desarrollo de la personalidad del niño hasta su máximo potencial, así como prepararlos a llevar una vida responsable, con tolerancia e igualdad entre los sexos (a y d). La educación en SR conlleva a pensar más en las decisiones que uno va a tomar a lo largo de su vida, incluyendo a la planificación familiar (e y f).
- **Ley General de Educación.-** establece lineamientos generales de la educación y del sistema educativo peruano, así como las responsabilidades de la sociedad en su función educadora. Declara a la educación como un servicio público y garantiza su gratuidad. Establece una serie de criterios para garantizar la equidad en su acceso y su calidad. Menciona asimismo, el rol de las otras instancias de gobierno en el proceso educativo, como son MINSA y gobiernos locales.
- **Ley General de Salud.-** Ley que reconoce el derecho de todas las personas a elegir el método anticonceptivo, a conocer los beneficios, riesgos y contraindicaciones, y en general a recibir información adecuada¹⁷⁷. Asimismo, señala que ninguna persona podrá ser sometida a tratamientos médicos¹⁷⁸ ó quirúrgicos sin su consentimiento previo ó el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere ó estuviera impedida de hacerlo.
- **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.-** Instrumento importante de PP, que concierne a los niños y adolescentes, donde se aborda los DSR, involucra un conjunto de acciones que deben desarrollar el MIMDES, MINSA, MINEDU, MINTRA, agricultura, MINJU, MINT, Ministerio público, así como RENIEC, Municipios, Defensorías del niño y el adolescente. Los objetivos de este plan son: a) contribuir al ejercicio de los derechos y responsabilidades de los niños(as) y adolescentes, en el marco de la ley y el respeto de los

¹⁷⁶ Meizi F. Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos Humanos de los y las Adolescentes. UNFPA Perú, 2004. pág. 94.

¹⁷⁷ Artículo 6 de la Ley General de Salud. UNFPA Perú, 2004.

¹⁷⁸ Artículo 4 de la Ley General de Salud. Es importante señalar que el término tratamiento médico, se aplica a enfermedades y el ejercicio de la sexualidad no es una enfermedad, por lo que las y los adolescentes tendrían acceso en los casos de Consejería, educación y suministros de anticonceptivos temporales. Cita tomada de: Meizi F. Los Derechos Sexuales y Reproductivos. Derechos Humanos de los y las Adolescentes. UNFPA Perú, 2004.

derechos humanos. b) Crear condiciones en el estado y la sociedad civil para garantizar el desarrollo humano de todos los niños, niñas y adolescentes, y reducir la pobreza y exclusión.

- **Plan estratégico institucional 2008-2011.-** documento que se estructura de modo general, de acuerdo con las Normas para la elaboración de documentos normativos del MINSA, aprobada con R.M.N°826-2005/MINSA, constituyéndose de esta manera en un documento técnico dirigido a las unidades orgánicas y dependencias del MINSA, pliego 011. De modo particular, en su contenido mantiene la estructura habitual de un plan estratégico institucional, considerando en sus dos primeras partes el rol estratégico y un resumen del diagnóstico situacional, a partir de los cuales se desarrollaron los otros contenidos.(ver anexo N° 05).
- **Lineamientos de Política Sectorial 2002- 2012**, que constituye una propuesta para el decenio y diseña el Plan estratégico sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006, recogiendo los aportes de los actores sociales y los componentes del sector, hacia una meta común: *“proteger la dignidad personal de todos los peruanos, cautelando su derecho a la vida, mediante el acceso a la salud con calidad, eficiencia, eficacia y humanidad”*
- **Plan Nacional Concertado de Salud**, establece los Lineamientos de política de salud para el periodo 2007–2020; así como, los objetivos estratégicos y metas al 2011. Define además, los principios rectores y enfoques transversales, en los que se enmarca el accionar del sector. Estos Lineamientos son: (1) Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención. (2) Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. (3) Aseguramiento universal. (4) Descentralización de la función salud al nivel del gobierno regional y local. (5) Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad. (6) Desarrollo de los recursos humanos. (7) Medicamentos de calidad para todos/as. (8) Financiamiento en función de resultados. (9) Desarrollo de la rectoría del sistema de salud. (10) Participación ciudadana en salud (11) Mejora de los otros determinantes de la Salud.
- **Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes.-** Aprobado con R.M.N° 107- 2005/ MINSA. Comprende un conjunto de acciones orientadas a precisar las prioridades del Estado en materia de salud de los/las adolescentes. Entre los lineamientos que brinda este documento de política se resalta el lineamiento N°1 (donde se reconoce el derecho al acceso universal de los/las adolescentes a una atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud, con énfasis en salud mental, SSR, prevención y atención de violencia basada en género, familiar, sexual, social y con las secuelas de la violencia); y el lineamiento N° 4 (donde se establece la necesidad de desarrollar capacidades para el empoderamiento de los/las adolescentes que garanticen el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos).(ver anexos).
- **Normas de Planificación Familiar.-** Aprobado en el 2005- RM 536-2005/ MINSA, como normatividad específica sobre SSR, ha tratado de superar la barrera interpretativa de acceso de

los/las adolescentes a servicios sin que sea obligatoria la presencia de padres o tutores. Ya no se estipula edad mínima, sino que se indica que los MAC temporales se podrán suministrar a adolescentes que los soliciten, que sean referidos y que hayan recibido orientación o consejería, si presentan riesgo de embarazo no deseado, de contraer una ITS o VIH/SIDA, ser sexualmente activo. Además, establece la obligación de adecuar ambientes y horarios de atención para ésta consejería. Norma reciente, de poco conocimiento y enfrenta prejuicios internamente.

- **Norma Técnica para la Atención Integral de salud en la etapa de Vida Adolescente.-** Aprobada con RM N° 633-2005/MINSA. Señala la necesidad de mejorar la atención integral de salud que se brinda a los adolescentes, en el marco de un MAIS. Incluye, profesionales con capacidades técnicas para la atención, implementación de servicios diferenciados y de calidad para los/las adolescentes, que aseguren las condiciones de privacidad, dedicación exclusiva y horario preferente. Incluye también la atención de adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual. Participación de adolescentes en acciones extramurales y análisis de necesidades.
- **Manual de Orientación y Consejería en SSR.-** Aprobado con R.M. N° 290-2006/MINSA. Establece acciones protocolizadas en orientación ó consejería en general y desarrolla orientaciones especiales para adolescentes, dentro de las cuales se incluyen: conocimientos sobre fisiología; sexualidad; maternidad y paternidad responsable; opciones anticonceptivas que incluyen la AOE; consecuencias y riesgos del embarazo no deseado, del aborto, ITS, VIH/SIDA.

3.2.3 MARCO NORMATIVO INSTITUCIONAL (HUAYCÁN)

El Hospital de Huaycán dispone de materiales normativos extendidos por la DISA-IV-Lima-Este, los cuales he revisado gracias a las facilidades de ingreso al servicio, por parte de la responsable del área de adolescentes del PSSR, señorita. Obstetriz Giovanna Casavilca¹⁷⁹. Los documentos legales que se disponen en el servicio de SSR es el siguiente:

- a) Norma Técnica para la Atención Integral de salud en la etapa de Vida Adolescente
- b) Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes
- c) Manual de Orientación y Consejería en SSR
- d) Módulo de capacitación para adolescentes (10 a 19 años), diferenciado en 2 grupos: adolescentes entre 10 a 14 años y otro grupo de adolescentes entre 15 a 19 años.
- e) Normas de Planificación Familiar.
- f) Hojas de Referencia y Contrarreferencia.

Además de disponer de instrumentos de apoyo como documentos e insumos administrativos para una buena gestión institucional (hojas HIS-historia clínica-etc., etc.).

¹⁷⁹ Obstetriz del Hospital de Huaycán, responsable del área de adolescentes por 2 años consecutivos (2007 al 2009), principal fuente directa para la realización del trabajo de investigación. Años de interrelación, con fines de investigación, desde el 2008 a la fecha.

3.3 ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO: EL HOSPITAL LOCAL DE HUAYCÁN

El análisis situacional en los servicios del Hospital Local de Huaycán I (ASISHO) nos facilita la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la personalización de intervenciones a través de programas apropiados, los que periódicamente tiene una evaluación de su impacto en salud. Se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida con el nivel existente de los procesos de salud de una unidad geográfica poblacional los que tienen como sustrato a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de la calidad de vida, dadas por sus condiciones y características (sexo, edad, ocupación, etc.) propios de sus ambientes específicos. Estos ambientes constituyen el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico de los grupos humanos donde existen complejas relaciones de determinación y condicionamiento. El resultado del ASISHO es una de las formas de concreción a nivel particular, que caracteriza a una sociedad, que depende de la estructura y la dinámica de ella, del grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, de sus relaciones sociales, del modelo económico y de su forma de inserción local, de su organización estatal y de las relaciones políticas que las caracterizan en un momento dado de su historia¹⁸⁰.

3.3.1 HISTORIA DE LA POBLACIÓN DE HUAYCÁN¹⁸¹

Los primeros pobladores de esta región fueron los “Huaycán y los Pariachis”, tribus que se caracterizaban por tener carácter belicoso y conflictivo quienes edificaron las construcciones que hasta hoy existen. Durante el gobierno del Virrey Don Francisco de Toledo, estos terrenos fueron tomados alternativamente por los ejércitos realistas. Después de proclamar la Independencia del Perú, el General Don José de San Martín dicta una Ley el 4 de agosto de 1821 mediante el cual crea la provincia de Lima que incluye los distritos de Lima, Ancón, Ate, Carabaillo, Chaclacayo, y Chorrillos¹⁸².

El 13 de Mayo de 1984, el Alcalde Alfonso Barrantes promulga el decreto de alcaldía N° 040, que crea el programa especial de habitación urbana del área de Huaycán cuya función sería planificar, proyectar, gestionar la obtención de recursos y ejecutar la ocupación y desarrollo habitacional de Huaycán, en beneficio de quienes no tienen vivienda propia. Huaycán fue concebido para desafiar a Lima de la inmigración y mantener reserva laboral económica para la zona industrial aledaña, así es como los diferentes distritos de El Agustino, La Victoria, Ate, Chosica; en que se deciden a tomar las tierras de Huaycán como suyas en forma muy organizada¹⁸³.

Un 15 de julio de 1984 Huaycán es ocupada por sus primeros pobladores siendo sus gestores los señores Alfonso Gutiérrez, José Poma y Jaime Lastre, quienes son nombrados, secretario general, representante

¹⁸⁰ Manual de de dirección del MAIS (modelo de atención integral) del MINSA- Perú. 2005.

¹⁸¹ Información facilitada por el Hospital de Huaycán (Dr. Juan Carlos Yafac), por la agencia municipal de Huaycán y por la CUAH (Sr. Julián Arce).

¹⁸² Referencia bibliográfica escrita, tomada de la agencia municipal de Huaycán.

¹⁸³ Información facilitada por el Sr. Julián Arce (dirigente activo de la comunidad-presidente comunal por 2 períodos consecutivos).

de actas y de organización respectivamente de la primera Junta Directiva del naciente Huaycán. El 3 de octubre de 1984 se nombra al organismo rector del programa habitacional, que es un Comité de Gestión¹⁸⁴ y empieza a regirse por un organismo tripartito en los diferentes distritos.

La ocupación de Huaycán no fue producto de la iniciativa municipal. Desde 1982, en Ate y otros distritos populares de Lima se diseñó diversas acciones para dotar de vivienda a la población, estimulando la formación de asociaciones de pobladores que incluso intentaron invadir Huaycán infructuosamente. Luego de la ocupación era necesario solucionar en Lima los requerimientos de necesidades básicas para la población, para lo cual los dirigentes buscaron ayuda en Lima e Instituciones: en Santa Clara, convencieron a una línea de buses para que ampliara su recorrido hasta Huaycán y luego convencieron a propietarios de camiones cisternas para que lleven agua hasta la quebrada. Fue el Dr. Alfonso Barrantes Lingán quien encargó la secretaría ejecutiva del programa al Arquitecto Eduardo Figari Gold, que en conjunto con un equipo técnico, dieron apoyo y asistencia a la organización comunal, que desde el primer momento defendió y ejecutó una planificación comunal y una política de democracia popular directa, donde las asambleas de base, zonales y centrales tomaban resoluciones y ejecutaban acuerdos. Los dirigentes eran elegibles y revocables en el momento en que la asamblea así lo determinaba, ejerciendo un notable control, no solo entre sus asociados y dirigentes, sino también entre sus técnicos y funcionarios¹⁸⁵. El proyecto Huaycán se organiza en 1984 y se denomina comunidad urbana autogestionaria de Huaycán (CUAH)¹⁸⁶, lo cual significa una organización estructurada en forma de pirámide, donde las bases son las unidades comunales de vivienda (UCV)¹⁸⁷ y cada una de las zonas tienen sus representantes zonales, quienes coordinan con la dirigencia central de la comunidad (consejo ejecutivo central) para resolver cada una de las dificultades o problemas que se les presente.

3.3.1.1 PRESENCIA DEL PARTIDO COMUNISTA PERUANO Y SENDERO LUMINOSO (PCP-SL)

Es imposible olvidar la “violencia terrorista”¹⁸⁸ y Huaycán junto con la Raucana fue considerada “zona roja” por la presencia e influencia significativa de las fuerzas de SL. Las consecuencias de la violencia política en Huaycán no se reducen solo a la destrucción de la organización y la extrema debilidad que muestran ahora los criterios de participación que en un momento hizo del lugar un ejemplo de desarrollo democrático. La secuela más evidente de esta experiencia es el arraigo del miedo y temor existente entre sus pobladores, un factor que genera muy altos niveles de desconfianza y obstruye la debida socialización entre ellos y su entorno externo. No cabe duda que el PCP-SL tuvo influencia y eventualmente

¹⁸⁴ Resolución de Alcaldía No. 086 de la Municipalidad de Lima Metropolitana- 1984.

¹⁸⁵ Versión hablada y escrita, facilitada por los dirigentes comunales de la CUAH (presidente comunal Sr. Julián Arce- 2008).

¹⁸⁶ A la fecha, el consejo ejecutivo central de la CUAH tiene un local propio y están ubicados en el parque principal de Huaycán, costado de la agencia municipal de Ate Vitarte (sede Huaycán).

¹⁸⁷ Forma de organización de la comunidad de Huaycán, donde cada UCV agrupa a 60 lotes, es decir casas con un perímetro de 90 m². Cada zona está identificada por una letra del alfabeto y en cada una de ellas se elige una secretaría zonal que representa las bases de la organización zonal. La intención era que cada UCV reforzara los lazos de vecindad e identidad entre sus miembros. Si en sus inicios (1984) eran 200 UCVs, ahora en el 2009 sobrepasan las expectativas pues su crecimiento poblacional bordea los 147,000 habitantes. Mayor información en la oficina de la CUAH, ubicado en el parque principal de Huaycán.

¹⁸⁸ Para mayor referencia sobre los 3 niveles de la lucha armada-hitos, planes y campañas-y la diferencia entre estrategias y tácticas” en el PCP-SL consultar en WWW.maoism.org/misc/peru/docs_sp/eleccl.htm

legitimidad en algunas zonas, como la zona E¹⁸⁹. Y era evidente que desde el inicio era converger los objetivos de su partido con las organizaciones vecinales. Pero a pesar de sus incontables acciones de propaganda como: marchas relámpago, volantes y esporádicamente captura de algún miembro comunal y el uso de altoparlantes locales, para propagar sus consignas, siempre tuvo grandes dificultades para enraizarse en la localidad.

3.3.1.2 MOVILIZACIONES

Huaycán, en la búsqueda de ser reconocidos como propietarios y una serie de pedidos básicos para su comunidad organizaron marchas de protesta, pero que dada la época se vieron mezclados, por no decir “politizados” con la presencia de SL y el APRA. Así, se planificaron varias movilizaciones masivas en rechazo a estos dos grupos existentes. De todas las movilizaciones ejecutadas por los pobladores, resultaron nulas sus protestas, pero que el 19 junio de 1987 (fecha coincidente con la matanza de los penales –PCP-SL conmemoraba día de la heroicidad); toda la comunidad de Huaycán se desplazó a las calles, con resultados desastrosos: enfrentamientos con la policía que tuvo como resultado 2 muertos, 2 accidentados graves y detención de 300 manifestantes. Jornada exitosa para la comunidad, puesto que a los pocos días el Presidente Alan García Pérez convocó al alcalde Del castillo para dar luz verde a las peticiones de Huaycán, licitando las obras requeridas, incluso sin proyectos correspondientes y agilizando los trámites de titulación. Por lo que los pobladores lo consideran un hecho histórico¹⁹⁰, pues según sus propios dirigentes, en toda la historia de esta pujante comunidad, Huaycán nunca más pudo realizar movilizaciones de esta magnitud.

3.3.1.3 LA COMUNIDAD DE LOS 90

En 1990, con el ingreso del Presidente Fujimori al gobierno, los comedores populares comenzaron a adquirir mayor notoriedad. Si durante el gobierno del APRA el acaparamiento de los puestos de trabajo se hizo a través del PAIT¹⁹¹. Durante el período del gobierno de Fujimori, se detectó que a través de estas organizaciones de apoyo para la extrema pobreza, lejos de disminuir se incrementó exponencialmente y con ellos los problemas por el intento de manipularlas. La presión hacia las dirigentes fue tanto del PCP-SL como del gobierno. El primero exigía la relación de personas para hacerles seguimiento y el segundo las desplazaba de los cargos bajo amenaza de recortarles las raciones de alimentos y de negarles el ingreso a los centros acopiadores.

Los 10 años que permaneció Fujimori en el gobierno fueron muy complicados para las dirigentes que defendieron la autonomía de sus organizaciones. En algunos casos se recurrió a la incursión sistemática

¹⁸⁹ Zona alejada, alta, si ya es difícil el acceso en las zonas bajas, la zona E es una quebrada ubicada en el cerro; sector muy limitado a todo tipo de medios de comunicación.

¹⁹⁰ Versión del dirigente “Luís” en mayo del 2002: “Teníamos necesidad de movilizarnos porque la gente carecía de todo además de una asfixiante inseguridad, no sólo por las incursiones frecuentes a nuestros domicilios a cualquier hora por parte de las fuerza armadas peruanas sino también por las intervenciones y manipulaciones de los integrantes de SL. ¿ahora la gente porque no se moviliza? Y es que ahora tienen luz, agua, cable, teléfono, títulos de propiedad...pero aún muy por luchar...las zonas altas lo requieren”. Representante símbolo de sus colegas vecinales de la CUAH.

¹⁹¹ Programa nacional de ingreso temporal (período del 86 al 90), estrategia del gobierno aprista para combatir la inestabilidad laboral y la lucha contra la pobreza.

en sus domicilios en horas de la madrugada, en otros a la detención de sus hijos sin motivo justificado, finalmente el divisionismo que debilitó seriamente a la organización. Es conocida las acciones estratégicas de seguridad nacional del Presidente Fujimori, pues establece en Huaycán una base militar como contraofensiva terrorista pero a su vez dándoles prioridad a sus programas sociales (servicio médico y dental, corte de pelo, reparto de alimentos, etc.), con operaciones represivas, especialmente rastrillajes para ubicar y capturar a posibles subversivos y también a cualquiera que se opusiera al gobierno, tildándolos de “subversivos”.¹⁹²

Finalmente, no podemos dejar de lado las incursiones de la violencia terrorista en el sector educativo. Huaycán no fue ajeno a ello, pues las versiones coinciden en señalar que fue el colegio Manuel Gonzáles Prada (la base donde empezaron a funcionar en los 90’s) donde el PCP-SL realizó su trabajo mas visible¹⁹³. Y cuando se impulsó la política gubernamental contra subversiva, dictada por el Presidente Fujimori, un profesor y un auxiliar del colegio fueron detenidos, quedando en sospecha muchos de sus integrantes. Para dar fin a esta guerra interna se incluyó en la currícula educativa el curso de instrucción premilitar asignando a dos militares como profesores, efectivo en Huaycán.

3.3.1.4 EL ROL DE LA IGLESIA CATÓLICA

El papel de la Iglesia católica en el proceso del conflicto armado interno en Huaycán fue importante para que la violencia no se expandiera en niveles mayores a los vistos. Es así que desde su ocupación de los terrenos, el 15 julio 1984, Tadeo Passini, sacerdote italiano perteneciente a la orden de los Montfornianos fue un asiduo y vehemente representante de la comunidad de Huaycán, se vuelve socio de la UCV 86 e incluso fue un entusiasta participante de las grandes movilizaciones hacia Lima de los años 1987 y 1988. Y el 25 noviembre 1992 se funda la Parroquia San Andrés, cuya primera responsabilidad fue la evangelización en sus respectivas UCVs. La estrategia de ese momento fue que las familias mejor estructuradas sean el primer paso en el proceso de incorporación y así multiplique el ejemplo mediante un efecto de demostración. Sin lugar a dudas, esta labor de carácter celular fue una contención importante a la actividad subversiva y posteriormente, un mecanismo eficaz para contrarrestar los efectos de la violencia¹⁹⁴.

3.3.1.5 MIRAS AL SECTOR SALUD

El proyecto autogestionario de Huaycán, consideraba en su estructura de salud un conjunto de postas y centros de salud dentro de un ámbito geográfico relativamente pequeño, pero éstos solo propiciaron el uso irracional de los recursos humanos y los recursos materiales. Donde la atención profesional estaba a

¹⁹² Reporte histórico facilitado por SAMUSAMI - PARROQUIA MONTFORT - CUAH

¹⁹³ El PCP-SL tuvo mayor actuación en el SUTE-Huaycán que no era parte de la estructura del SUTEP, aprovechando que un director de la USE 06, por influencia de otros profesores radicales enquistados en el SUTE noveno sector, les otorgara un cupo en el nombramiento de profesores.

¹⁹⁴ Información escrita facilitada por el Policlínico Monfort de Huaycán. Institución que brinda apoyo social, asesoría no solo espiritual sino que también lucha por los derechos de los pobladores asesorándolos en sus necesidades de diversa índole. Brindan también servicios de salud profesional y venta de medicamentos básicos a bajo costo, que en su gran mayoría son donaciones de sus aliados extranjeros. Mayo del 2008.

cargo por un sólo Médico, ya que eran los técnicos de salud los responsables de todas las atenciones de salud en la localidad. Por su parte, la propuesta del Ministerio de Salud fue radicalmente distinta, y acorde con los parámetros de accesibilidad a los servicios de salud, se sugería un establecimiento de ubicación central, en base a consideraciones demográficas, donde para 1986 debía ser un Centro de salud Materno Infantil y para 1994, de acuerdo a la proyecciones de crecimiento demográfico debía ser un Hospital Local¹⁹⁵.

3.3.2 EL ENTORNO DEMOGRÁFICO, SOCIO-ECONÓMICO Y GEOGRÁFICO

Apreciación de Huaycán desde sus diversos entornos (económico, social, demográfico y geográfico) que nos permitirá tener un mayor panorama sobre la localidad a estudiar.

3.3.2.1 ENTORNO DEMOGRÁFICO

Huaycán, en julio de 1984 contaba con una primera población de 4,000 habitantes y en la actualidad cuenta con 147,729¹⁹⁶ habitantes con un área urbana de 576,696 hectáreas. Por su parte el Hospital de Huaycán tiene asignado al 2008 una población de 92,634¹⁹⁷ habitantes, Es preciso aclarar que Huaycán cuenta con “población asignada”, según índices de atención-atendidos anuales, los cuales son facilitados por la DISA-IV, Lima-Este. El análisis respectivo se hace con el objetivo de visualizar y entender la realidad de la comunidad de Huaycán, así:

Tabla N° 01
Población actual y estimada por sexo según grupo etareo. Hospital de Huaycán 2005 - 2015.

GRUPO ETAREO	PIRAMIDE POBLACIONAL 2005					PIRAMIDE POBLACIONAL 2015				
	POB TOTAL	MASC.	FEM.	MASC. %	FEM. %	POB	MASC.	FEM.	MASC. %	FEM. %
0-4 A	8262	-4105	4157	-4.2%	4.3%	10059.43	-4999	5061	-4.3%	4.4%
5-9 A	8215	-4082	4133	-4.2%	4.3%	9981.56	-4960	5022	-4.3%	4.4%
10-14 A	8936	-4440	4496	-4.6%	4.6%	10755.45	-5345	5411	-4.6%	4.7%
15-19 A	9890	-4914	4976	-5.1%	5.1%	11840.85	-5884	5957	-5.1%	5.2%
20-24 A	10009	-4974	5035	-5.1%	5.2%	12028.24	-5977	6051	-5.2%	5.2%
25-29 A	9443	-4692	4751	-4.8%	4.9%	11253.13	-5592	5661	-4.8%	4.9%
30-34 A	8226	-4088	4138	-4.2%	4.3%	9755.23	-4847	4908	-4.2%	4.3%
35-39 A	7258	-3607	3651	-3.7%	3.8%	8608.99	-4278	4331	-3.7%	3.8%
40-44 A	6318	-3139	3179	-3.2%	3.3%	7442.06	-3698	3744	-3.2%	3.2%
45-49 A	5092	-2530	2562	-2.6%	2.6%	5978.23	-2971	3008	-2.6%	2.6%
50-54 A	4079	-2027	2052	-2.1%	2.1%	4771.14	-2371	2400	-2.1%	2.1%
55-59 A	3192	-1586	1606	-1.6%	1.7%	3733.20	-1855	1878	-1.6%	1.6%
60-64 A	2502	-1243	1259	-1.3%	1.3%	2950.78	-1466	1485	-1.3%	1.3%
65+	5341	-2654	2687	-2.7%	2.8%	6258.09	-3110	3148	-2.7%	2.7%
TOTAL	96763.00	-48083	48680	-49.7%	50.3%	115416.39	-57352	58065	-49.7%	50.3%

Fuente: Unidad estadística del hospital de Huaycán, 2008.

¹⁹⁵ Antecedentes históricos presentados por el Dr. Juan C. Yafac Villanueva, durante su gestión en el Hospital de Huaycán -2005.

¹⁹⁶ Fuente de la unidad de estadística del Hospital de Huaycán (incluye Huaycán-H. Cevallos y Señor de los Milagros).

¹⁹⁷ Que por decisión de DISA IV-Lima este, desde el 2008 las jurisdicciones de Horacio Cevallos y Señor de los Milagros se integran a la microrred de santa clara. Quedando el Hospital de Huaycán como jurisdicción autónoma.

La población objetivo de estudio (adolescentes) es el siguiente:

Tabla N° 02
Población del Hospital de Huaycán II-1-2008.

GRUPO	POBLACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO
10-14	8245	-4097	4148	-4.4%	4.5%
15-19	8367	-4157	4209	-4.5%	4.5%
Total adolesc.	16612	-8254	8357	-8.95	9.0%
Total poblac.	92634	-46031	46603	-49.7%	50.3%

Fuente: Elaboración propia con informe de la unidad estadística de Huaycán-2008

Veamos ahora un breve resumen de la dinámica poblacional de esta población:

a) **Pirámide Poblacional.-** se puede observar que en el año 2004, hay un comportamiento restrictivo, que se hace más marcado en el 2015. Hay una mayor concentración de población en la PEA y un ensanchamiento del grupo senil; esta tendencia nos obliga a proyectar nuestras acciones sanitarias con programas y estrategias que nos permitan controlar y disminuir riesgos de dichos grupos poblacionales, así mismo proyectar nuestros servicios al manejo de problemas de estas edades, en especial para asistir un aumento de las enfermedades no transmisibles y crónico degenerativas (ver gráficos 1 y 2).

Gráfico N° 1: Pirámide poblacional 2005

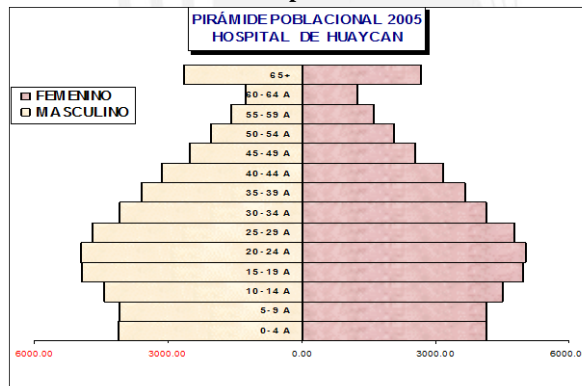
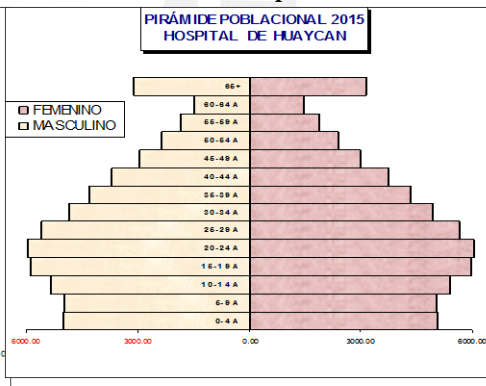


Gráfico N° 2 Pirámide poblacional 2015



Fuente: Oficina de Estadística HH.-2008.

b) **Distribución poblacional según etapas del ciclo de vida.-** El 58% de la población corresponde al componente adulto, seguido por el componente Adolescente (20%) y Niño (17%), dirigiéndose de esta manera las actividades programadas (ver gráfica N° 3).

c) La dinámica poblacional se mide a través de:

c.1 Tasas de natalidad y fecundidad¹⁹⁸

¹⁹⁸ Fuente de unidad estadística del Hospital de Huaycán (HH), 2008.

(1) Tasa de natalidad y número de nacimientos.- El numero de nacidos vivos por habitante en Huaycán es 19, siendo menor que el departamento de Lima.

- TBN_{Huaycán 95-00}: 19x 10,000 hab.
- TBN_{LIMA 95-00}: 19.3 x 10,000 hab.

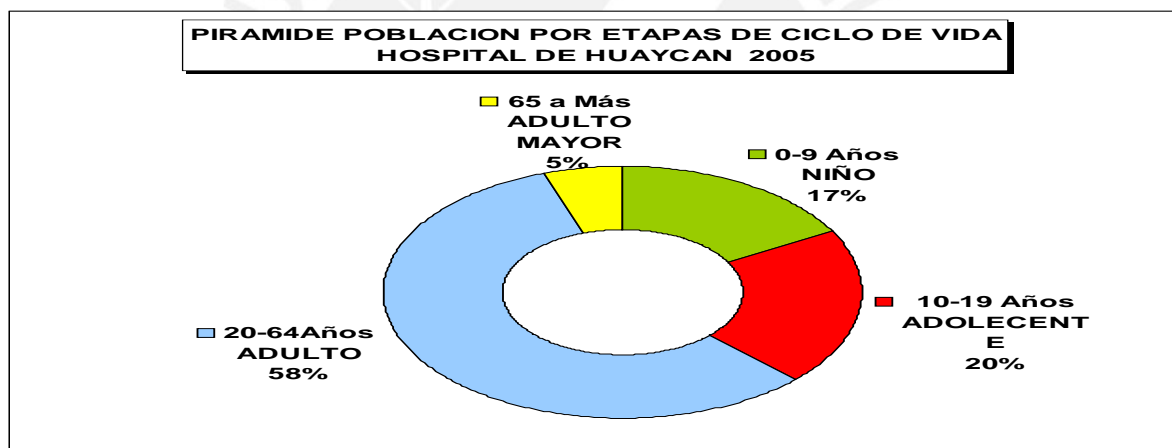
(2) Tasa global de fecundidad (TGF):

- TGF_{Huaycán}: 3.7x 100,000 hab.
- TGF_{Disa Lima Este}: 3.5x 100,000 hab.
- TGF_{LIMA}: 2.1x 100,000 hab.

c.2 Esperanza de vida al nacer y la tasa de crecimiento inter censal: La esperanza de vida al nacer es 70 años y la tasa de crecimiento inter censal es 7.1%.

C.3 Tasa Bruta de Mortalidad y Número de Defunciones: TBM_{LIMA}: 4.1

Gráfica N° 3: Pirámide poblacional por etapas de ciclo de vida



Fuente: Oficina de Estadística HH- 2008.

3.3.2.2 ENTORNO ECONÓMICO¹⁹⁹

La principal actividad económica es el comercio como: restaurantes, boticas, panaderías, mercados, transporte y oferta de servicios como talleres de mecánica, policlínicos, etc. Observándose un amplio rango de edades en el sector laboral. También existen agencias de empleo que comunican sus ofertas a través de parlantes. Por su parte la población adolescente que trabaja se encuentra en condición de subempleo con sueldos inferiores al básico establecido por el gobierno peruano. Según el censo del 2005, las principales 10 actividades económicas a las que se dedican la población de 15 años a más y el número de individuos que se dedica a esa actividad se aprecia en el siguiente cuadro (N° 12).

¹⁹⁹ Información adquirida del INEI, Censo del 2005 y de los informes del Dr. Yafac y de SERUMS (servicio urbano marginal de salud), Químico farmacéutico Lusbeli Contreras Pascual.2008.

Cuadro N° 12

Principales Actividades Económicas

N	ACTIVIDADES ECONÓMICAS	POBLACION %
1	Comercio, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos.	25.401
2	Industria manufacturera	18.007
3	Actividades no declaradas	11.201
4	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	7.456
5	Construcción	5.292
6	Inmobiliarias, empresariales y alquiler	3.906
7	Enseñanza (institutos)	3.886
8	Hogares privados con servicio doméstico	3.860
9	Administración pública y defensa, planes de seguridad social de afiliación obligatoria	3.195
10	Hostales y restaurantes	2.861

Fuente: INEI- censo 2005

3.3.2.3 ENTORNO SOCIAL²⁰⁰

Huaycán tiene un 60.7% de población pobre y un 17% de población en pobreza extrema²⁰¹. Su población laboral en su mayoría son obreros, empleadas del hogar, artesanos y ambulantes; sin embargo hay un alto nivel de desocupación y subempleo. Estos factores generan la presencia de pandillaje, prostitución y delincuencia y la razón de dependencia es mayor de 53%.

a) Migración.- De los siete distritos urbanos que conforman la zona este, el distrito de Ate Vitarte registraba la mayor tasa poblacional en 1993, ya que su población era casi de 300 mil habitantes. Su explosivo crecimiento se explica principalmente por la conformación de un eje industrial a lo largo de la línea del Ferrocarril Central desde los años cuarenta y luego de la Carretera Central. En 1956, el 54.3% de la población emigrante residía en estos distritos. Ate Vitarte, que en 1940 era predominantemente rural (78%), se convierte en 1961 en zona urbana (80%), con una población cuadruplicada (pasó de 10,602 a 41,854 habitantes).

b) Idioma. El idioma predominante es el Castellano, pero existen sectores que hablan quechua, debido a que su población está conformada por población emigrante y desplazada por terrorismo; especialmente de Ayacucho, Huancavelica, Junín y Cerro de Pasco.

²⁰⁰ Estudio de SAMUSOCIAL PERU. «Lucha contra la exclusión social: “Un servicio de urgencia para personas desfavorecidas de Huaycán en situación de extrema vulnerabilidad »- contrato de subvención entre la Comisión Europea y el Samusocial Internacional – referenciado N°: ONG-PVD /2005 / 094-711.

²⁰¹ Informe censo 2005- INEI - Perú.

c) Religión.- La mayoría de la población profesa la religión católica, sin embargo hay importantes grupos de evangélicos y de otras sectas religiosas como testigos de Jehová, Israelitas, Adventistas, etc.

d) Educación.- En el nivel de escolaridad, el 17% de la población tiene acceso a educación superior y existe un 8% que es analfabeto. En el Instituto Superior Tecnológico de Huaycán se desarrollan las carreras técnicas de: Mecánica, Electrónica y Computación e Informática. Y el colegio estatal con mayor cantidad de alumnos en los tres niveles educativos es el colegio nacional “Gonzáles Prada” y el particular es el colegio “Leonardo Da Vinci” ubicados en la zona “N” y en la entrada de Huaycán respectivamente.

Cuadro N° 13

Instituciones educativas en Huaycán

Nº	Centros Educativos Estatales	Nº	Centros Educativos Particulares
01	Instituto Superior	12	Centro Educativo Inicial
05	Centro Educativo Secundaria	18	Centro Educativo Primaria
13	Centro Educativo Primaria	05	Centro Educativo Secundaria
15	Centro Educativo Inicial.	03	Centros Pre-Universitarios
27	Pronoei		

Fuente: registros del servicio de estadística de Huaycán-2008.

e) Vivienda.- Las características de las viviendas son de acuerdo a las zonas, en las zonas baja A, B, C, D, E, F y G la mayoría de las viviendas son de material noble y con acabado, mientras que en las zonas altas H, L M, N, O, P, Q, R, S, T y Z son viviendas construidas tanto en material noble y adobe; además las ampliaciones de estas zonas presentan en su mayoría madera y estera (ver cuadro N° 14).

Cuadro N° 14

Materiales predominantes en las viviendas

Nº	MATERIALES PREDOMINANTES	Nº DE CASAS	PORCENTAJE			
			5%	10%	20%	60%
1	Ladrillo y cemento	10.426				X
2	Madera	3.474			X	
3	Estera	1.737		X		
4	Adobe	1.737		X		
5	Piedra de barro	0				
	Total	17.374				

Fuente: Salud ambiental del Hospital local de Huaycán-2009.

f) Servicios básicos.- En relación a los servicios básicos, Huaycán está catalogado según la clasificación de hogares como población con NBI²⁰² y las zonas altas de Huaycán no tienen acceso a los servicios básicos de agua y desagüe, y es ahí donde se ubican las familias en extrema pobreza, que son susceptibles a enfermar ante la propagación de una serie de enfermedades como: EDA²⁰³, IRA²⁰⁴, etc. Además estas familias no tienen acceso a los servicios de salud por las limitaciones geográficas y económicas.

²⁰² Necesidades básicas insatisfechas (NBI), clasificación de hogares en el estrato 3 y 4.

²⁰³ En salud es Enfermedad diarreica aguda (EDA)

²⁰⁴ En salud es Infección respiratoria aguda (IRA)

Cuadro N° 15

Servicios básicos, pobreza y hacinamiento

POBREZA		SERVICIO BÁSICOS			HACINAMIENTO	
% de hogares con 1 o mas NBI	% de Hogares en hacinamiento	% Hogares sin agua potable	% Hogares sin desagüe	% Hogares sin electricidad	2 a 3 hogares x vivienda	1 a 2 habitaciones por vivienda
60.7	34.5	33	56	24	18 %	27%

Fuente: INEI-2008

El abastecimiento de agua en las zonas altas es por medio de camiones cisterna y reservorios de agua; en las urbanizaciones de la parte baja existen pozos de extracción con bomba desde el subsuelo. También existen letrinas y pozos sépticos en la parte alta y baja de Huaycán, (Ver cuadro N° 15y 16), entonces la eliminación de excretas es por servicio público en las zonas bajas y a campo abierto en su mayoría en las zonas altas, sobre todo en las prolongaciones y extensiones de las UCV²⁰⁵. En general el estilo de vida no es del todo saludable ni favorable, ya que en la zona existe una gran cantidad de discotecas, salsódromos, chichódromos, formales e informales, los que se constituyen en una mala influencia para los niños y adolescentes principalmente; por los peligros y riesgos que su presencia conlleva y que se ha detectado a su vez, altos índices de embarazo en adolescentes. Además de una alarmante violencia familiar.

Cuadro N° 16

Servicios Básicos de hogares

N°	ZONA	LUZ %	AGUA %	DESAGUE %
1	A	100	100	100
2	B	100	100	100
3	C	100	100	100
4	D	100	100	100
5	E	100	100	100
6	F	100	100	100
7	G	100	100	100
8	H	90	80	80
9	L	100	100	100
10	M	90	0.0	0.0
11	O	100	0.0	0.0
12	P	95	0.0	0.0
13	Q	95	0.0	0.0
14	S	80	0.0	0.0
15	T	80	0.0	0.0
16	Z	90	0.0	0.0
17	Praderas de Pariachi- etapa1	100	0.0	0.0
18	Asociación Filadelfia	100	0.0	0.0
19	Residencial pariachi-etapa 1	100	0.0	0.0
20	Los Picus de pariachi	100	0.0	0.0
21	Praderas de pariachi- etapa1	100	0.0	0.0
22	Praderas de pariachi- etapa 2	100	0.0	0.0
23	Las esteras de pariachi	100	0.0	0.0
24	El descanso	100	0.0	0.0
25	Villa hermosa	100	0.0	0.0

Fuente: salud ambiental Huaycán, 2007

²⁰⁵ Unidad comunal de vivienda (UCV- que en Huaycán son 33, de acuerdo al alfabeto).

3.3.2.4 ENTORNO GEOGRÁFICO²⁰⁶

a) **Clima- Temperatura.-** Huaycán se encuentra en el piso ecológico de chala o costa, pero por su altitud cuenta con un clima templado - húmedo. La temperatura es variable oscilando entre 13 °C y 30 °C con una humedad relativa en la época de invierno de 93%, se nota además de acuerdo a la estación zonas con neblina y al mismo tiempo zonas altas con sol y temperatura diferente. Es decir posee un clima agradable con dos estaciones muy marcadas.

Cuadro N° 17
Características Climatológicas

PISO ECOLÓGICO	CLIMA	CARACTERÍSTICAS CLIMATOLOGICAS			
		ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SET	OCT-DIC
Chala o costa	Templado-húmedo	Soleado-lluvias esporádicas	Soleado-nubosidad en mañanas y noches	Escasas lluvias-nubosidad en mañanas y noches	Soleado-nubosidad en mañanas y noches

Fuente: INEI y Agencia municipal de Huaycán.

b) **latitud y altitud.-** a 12°01'18'' de latitud sur y 76°54'57'' de longitud oeste. Las ciudades de referencia son Vitarte a 30 minutos, El Agustino a 50 minutos y Lurigancho a 40 minutos de desplazamiento en microbús; el tipo de transporte que se dispone es en forma continua durante las 24 horas del día. La altitud es entre 385 y 450 m.s.n.m.

Cuadro N° 18
Aspectos Demográficos

UBICACION		Altitud m.s.n.m.*	CIUDAD DE REFERENCIA	TIEMPO CIUDADREF ERENCIA	TRANSPORTE	FRECUE NCIA	RURALIDAD (%)	N° DE CENTROS POBLADOS
Latitud Sur	Longitud Oeste							
12°01'18'	76°54'57'	385 a 450	CUAH - Vitarte	30 M	Microbús, taxi- (transporte publico)	24 H	0.07	3
			Lurigancho-CHOSICA	40 M	Microbús, taxi- (transporte publico)	24 H		

Fuente: INEI y Hospital de Huaycán

c) **Límites.-** Por el norte con el río Rímac, por el sur con Cieneguilla, por el este con Chaclacayo y por el oeste con Santa Clara

d) **Extensión.-** Tiene una área de 3,066.40 km², con una densidad poblacional de 48.77 hab. / Km²

e) **Topografía.-** Huaycán se puede describir como una quebrada amplia con pendiente ligera en su parte baja y media y mas pronunciado en el sector alto.

²⁰⁶ Información adquirida de INEI, Censo del 2005 y del informe de SERUMS (servicio urbano marginal de salud), Químico farmacéutico Lusbeli Contreras Pascual.2008.

Sector bajo: relieve regular de escaso pendiente que se extiende hacia el valle del Rímac en sentido norte, este y constituye el llamado cono de eyección común, donde se ubican las zonas A, B, C, Lúcumo, Villa Hermosa, Pariachi y Portales de Huaycán.

Sector medio : con el relieve de pendiente media y presencia de varias colinas pequeñas y quebradas en forma de cauces sobre los cuales se ubica las zonas D, E, F, G y parte de las zonas B y C.

Sector alto : conformada por tres quebradas altas un poco mas angostas de relieve accidentado y pendiente pronunciado con abundante material deslizado por los Huaycos; se ubican la quebrada este (zonas P, Q y Z), quebrada sur (H, L, M, S y T) y quebrada oeste (zonas I, J, R, U, V), esta última corresponde al puesto de salud Sr. de los Milagros. Con ampliaciones que cada vez más se incrementan hacia los cerros.

f) Hidrografía.- Aun existe un canal de regadío afluente del Río Rímac, que pasa por la parte baja de Huaycán. No cuenta con agua corriente todo el año, por lo que se convierte en un riesgo potencial para la multiplicación del “anópheles” existiendo riesgo para la transmisión de malaria. Este canal favorece el regadío de áreas de cultivo de Santa Clara y de las áreas verdes de esas zonas, porque en la jurisdicción ya no se tienen áreas de cultivo.

g) Riesgo de localización²⁰⁷.- Los riesgos poblacionales frente a desastres es moderado, por su geografía accidentada son vulnerables a presentar deslizamientos por lluvias y el tipo de construcción de un gran porcentaje de viviendas; así mismo por el hacinamiento en que vive la gente, hay alto riesgo para enfermedades infectocontagiosas. Al no contar con un abastecimiento regular de agua potable, existe mayor riesgo para contraer enfermedades de la piel, así como para enfermedades transmitidas por agua, probablemente asociadas a un mal almacenamiento y tratamiento del agua de consumo humano. También hay presencia de polvo lo cual se asocia a mayor riesgo de enfermedades alérgicas respiratorias y de la piel.

Cuadro N° 19

Riesgo de Localización

JURISDICCION	RIESGO DE LOCALIZACIÓN			IMPACTO AMBIENTAL					
	Caída huayco	Crecida de río	Otros	Mucho ruido	Presencia de polvo	Gases nocivos	Consumo de agua contaminada *	Tratan residuos sólidos	Tratan residuos líquidos
Huaycán	Si	No	Mercado	No	Si +++	No	Si +	No	No

Fuente: Salud Ambiental HH-2007

h) Vías de acceso: En la comunidad de Huaycán se cuenta con tres avenidas principales (av. 15 de julio, av. José Carlos Mariátegui y av. Andrés Avelino Cáceres que atraviesan toda la comunidad y una vía de acceso a la carretera central.

²⁰⁷ Censo 2005, con ayuda del servicio de epidemiología del Hospital de Huaycán-2007.

3.3.3 EL HOSPITAL DE HUAYCÁN²⁰⁸

El puesto de salud de Huaycán del Ministerio de Salud, abrió sus puertas en septiembre de 1984, en un local construido con esteras, situado frente a la canchita de Invermet como puesto dependiente del actual Hospital de referencia "Hipólito Unánue," prestando atención de un turno de 06 horas (08:00 a 2:00 p.m.) contando con 01 Médico-jefe, 01 Obstetrix, 05 Técnicos de enfermería (realizando labores asistenciales y administrativas) y 01 Técnico de farmacia. Así en, septiembre de 1986 fue inaugurado el centro de salud, pero no contaba con el adecuado material médico y equipamiento. Y es así que el 18 de septiembre de 1987 el centro de salud amplía su horario de atención a 12 horas (desde las 08:00 horas hasta las 20:00 horas), motivo por el cual se incrementaron 01 Médico y 01 Técnico de enfermería más para la atención.

Desde 1990 el centro de salud de Huaycán, desarrolló un trabajo coordinado y sostenido con su comunidad lo que le permitió a pesar de sus escasos recursos humanos alcanzar adecuadas coberturas de salud en los programas preventivo- promocionales y desarrollar exitosas campañas de vacunación, en la sub.-región de salud, Lima este. Entre 1992 a 1994 a iniciativa del Presidente de la República en coordinación con el comité ejecutivo central y el centro de salud de Huaycán se decidió ampliar la infraestructura hasta constituirlo en un Hospital materno infantil además de la construcción de una sala quirúrgica y las gestiones necesarias para la adquisición de una ambulancia, la cual fue donada por la Backus y Jhonston. Y el 15 de agosto de 1994 el Presidente Fujimori inaugura el centro materno infantil²⁰⁹ y con la finalidad de incrementar el equipamiento hizo entrega de implementos: rayos x, ecógrafo, entre otros. Así como la contratación de especialistas²¹⁰ y resto de profesionales de salud, ampliándose el horario de atención de 24 horas y aperturándose: consultorios externos²¹¹. A partir de diciembre de 1995 recibe la denominación de Hospital Local de Huaycán y el 09 de mayo de 1996 se realiza modificaciones y equipamiento de la sala quirúrgica de planificación familiar²¹².

En enero de 1998 la DISURS²¹³-IV-LE realiza una reestructuración conformando micro redes, organizando un grupo de establecimientos que tengan en cuenta la accesibilidad entre estos, a partir de esta fecha el Hospital asume la coordinación de la red 05, haciéndose responsable de la administración de los puestos de salud Horacio Cevallos y Señor de los Milagros, conformantes de esta red. Para el año 2003 el Hospital Huaycán fue elevado a la categoría de Hospital de Baja Complejidad I²¹⁴, el cual es el inicio de una nueva etapa del desarrollo institucional en beneficio de la comunidad mas necesitada de Huaycán y que luego de un arduo trabajo de reconstrucción y redistribución, se brinda los siguientes

²⁰⁸ Informe situacional del Hospital de Huaycán (ASISHO), durante la gestión administrativa del Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva en el Hospital de Huaycán. Año 2005.

²⁰⁹ El Centro fue el segundo establecimiento en importancia dentro de los centros de salud periféricos de la Unidad Territorial 01 de la sub.-región de Salud Lima Este.

²¹⁰ Pediatra, Ginecólogo, Cirujano, Tecnólogos, Enfermeras y Obstetrixes

²¹¹ Medicina General, Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Hospitalización (Gineco-Obstetricia), Emergencia (Noche).

²¹² Construcción de una sala especializada con el único objetivo de incrementar la cobertura de los métodos de planificación familiar de corte quirúrgico: Bloqueo Tubárico Bilateral y Vasectomía, teniendo en cuenta que en la comunidad el promedio de paridad es de 05 hijos por familia. Parte del plan de natalidad ejecutado en este período de gobierno.

²¹³ Dirección de salud urbana rural de salud-1998.

²¹⁴ Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM

servicios consultorio externo en: Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina, Cirugía, Odontología, Laboratorio, Psicología, Obstetricia, Nutrición, atención de los diferentes programas de salud y la atención de emergencias durante las 24 horas del día. Y en el 2004 se termina de desarrollar el proyecto de atención Integral a las personas afectadas por la violencia terrorista en coordinación con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad de Harvard – USA y con financiamiento de JICA²¹⁵. A finales del 2004 también se termina de desarrollar el proyecto SSP²¹⁶ para beneficio de la población de Huaycán y que desde el 2008 ya vienen funcionando como servicios de atención integral materno infantil.

3.3.3.1 ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL²¹⁷

El Ministerio de Salud para cumplir la visión, misión y objetivos estratégicos establecidos en el reglamento de la Ley N° 27657, en el ámbito de su gestión institucional y sectorial, diseña y norma los procesos organizacionales correspondientes a lograrse. Es el nivel central donde se dan las grandes decisiones de nuestro país en cuanto a salud se refiere. En las gestiones centrales del MINSA desde el 2005 al 2008 han estado a cargo de los siguientes Ministros de Salud: Dra. Pilar Mazzetti Soler, Dr. Carlos Vallejos Sologúren, Hernán Garrido- Lecca Montañez y Dr. Oscar Ugarte Ubillús. A nivel de Dirección de Salud IV-Lima Este, desde el 2007 a la fecha, está a cargo del Dr. Mauro Reyes Acuña. Las Direcciones de Salud, son los órganos desconcentrados del MINSA que ejercen la autoridad de salud por delegación de la alta dirección y tienen a su cargo las funciones generales de sus respectivas jurisdicciones (ver anexos.). Y la Gestión local administrativa del Hospital de Huaycán desde el 2005 al 2008 ha sido responsabilidad de 2 Gestiones administrativas²¹⁸: el primero a cargo del Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva (Médico general de profesión- período del 2005 al 2007) y el segundo a cargo del Dr. Víctor García Caballero (Médico ginecólogo de profesión- período del 2008 a la fecha).

3.3.3.2 VISIÓN Y MISIÓN DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN²¹⁹

Cuadro N° 20: Visión y misión del Hospital de Huaycán.

Visión: “El Hospital de Huaycán es un establecimiento de salud donde se brinda atención integral y hospitalaria básica, considerado como modelo para resolver las necesidades derivadas de los daños, aplicando procedimientos diagnósticos y terapéuticos con calidad, eficiencia y oportunidad en sus prestaciones; al que tienen acceso las personas y familias”. “El personal de salud y la comunidad asumen la responsabilidad del cuidado de su salud y participan activamente”.

Misión: “Prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta la muerte natural”.

Fuente: Dirección del HH.2008.

²¹⁵ Agencia de Cooperación internacional del Japón, puente entre el pueblo de Japón y los países en vías de desarrollo, cuyo fin es impulsar la cooperación internacional a través del intercambio de los conocimientos y experiencias, y trabajar para construir un mundo más pacífico y próspero.2004.

²¹⁶ Samusocial Perú en convenio con el SAMU INTERNACIONAL con sede en Francia, deciden implementar el proyecto con una duración de 3 años y que beneficiaría a los pobladores de extrema pobreza de la comunidad de Huaycán, ya que solo se implementará en este lugar a nivel de todo el Perú. Proyecto que incluye la construcción de un área específica para atención de la población joven y así poder reducir los principales problemas que aquejan a la población: índices de natalidad y desnutrición.

²¹⁷ Información del servicio de estadística - servicio de cómputo – servicio de salud ambiental- secretaría de dirección del Hospital de Huaycán. Diciembre del 2008.

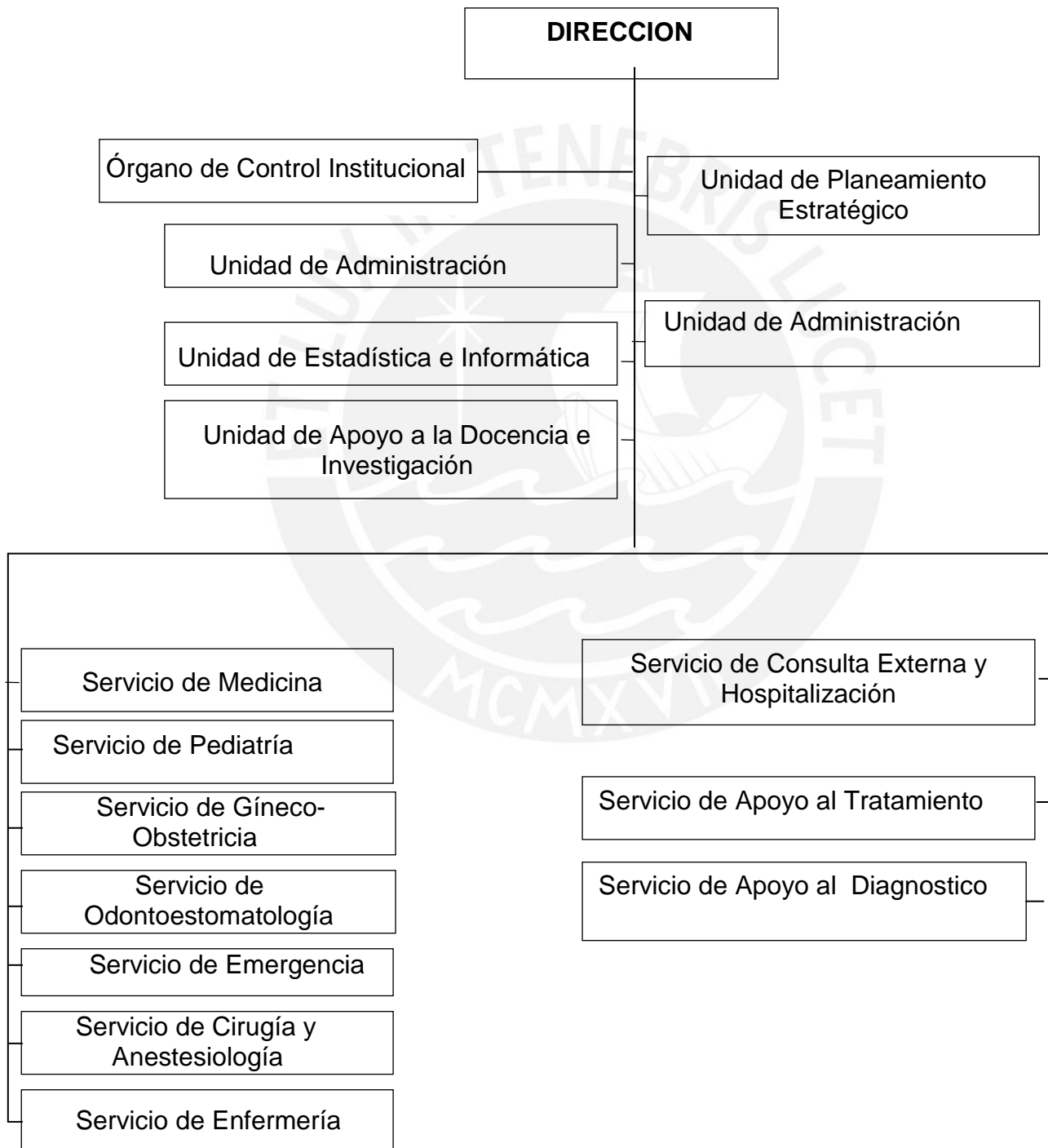
²¹⁸ Por decisión política de gobiernos sucesivos (Perú posible y APRA). Nombramiento desde DISA IV- Lima este.

²¹⁹ Misión y Visión elaboradas por la Gestión del Dr. Yafac-2005.

3.3.3.3 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN

ORGANIGRAMA N° 01²²⁰:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL DE HUAYCAN



²²⁰ Hospital de Huaycán-MINSA Perú 2009.

3.3.3.4 SERVICIOS QUE PRESTA A LA COMUNIDAD DE HUAYCÁN

El Hospital de Huaycán presta servicios de promoción, prevención, recuperación y en menor grado rehabilitación, y que trabaja con una “población asignada”. Las actividades preventivas se efectúan de acuerdo al MAIS²²¹ considerando las etapas de vida, mientras que las recuperativas se realizan mediante las especialidades de Medicina General, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía en consultorios externo y hospitalización. Por el escaso recurso humano y con la finalidad de efectuar las visitas hospitalarias los médicos especialistas de pediatría, ginecología y cirugía, realizan guardias diurnas los domingos y feriados (ver cuadro N° 21). Cuentan además con Apoyo al Diagnóstico (Laboratorio y Rayos X – Ecografía). Apoyo al Tratamiento (Farmacia, Servicio Social y Psicología).

**Cuadro N° 21
Cartera de servicios del Hospital de Huaycán.**

HOSPITAL DE HUAYCAN								
I.- CONSULTA EXTERNA								
ESPECIALIDAD	N° CONSULTORIO	FUNCIONAMIENTO						OBSERVACION
		LUNES A SABADO			DOMINGOS/FER.			
		M	T	N	M	T	N	
Medicina General	2	X	X					
Cirugía General	1	X	X					
Pediatría	2	X	X					
Ginecología	1	X	X					
Obstetricia	2	X	X					
Anestesiología	1	X	X					
Odontología	2	X						
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD								
Componente Estrategias Sanitarias								
Prog. Control de Tuberculosis y Lepra		X	X					todos los programas se realizan en un solo consultorio
Prog. Control de la Malaria y OEM		X	X					
Prog. Control de Zoonosis		X	X					
PROCETS.(Hoy ITS)		X	X					
Componente Niño								
Prog. Inmuneizaciones	1	X	X					se realiza en PAI y emergencia.
Prog. CRED	1	X	X					
Prog. CEDCO		X	X					
Prog. CIRA		X	X					
Componente Adolescente								
Prog. SEA	1	X	X					
Componente Adulto								
Prog. Materno Perinatal	1	X	X					Los 03 prog. se realizan en 02 consultorios.
Prog. Planificación Familiar	1	X	X					
Prog. Cáncer de Cuello Uterino.		X	X					

²²¹ Modelo de atención integral de salud del MINSA- Perú. Lineamientos fundamentales para el periodo 2002-2012.

2.- SERVICIOS DE APOYO AL TRATAMIENTO

Servicio Social	1	X	X					
Psicología	1	X	X					
Nutrición	1	X	X					
Farmacia	1	X	X					

3.- SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES								
Radiología	1	X	X					
Ecografía	1	X						
LABORATORIO CLINICO								
Microbiología		X	X	X	X	X	X	
Inmunología		X	X	X	X	X	X	
Bioquímica		X	X	X	X	X	X	
Hematología		X	X	X	X	X	X	
OTROS EXAMENES								
Banco de Sangre y Hemoterapia	1	X	X	X	X	X	X	
Electrocardiograma	1	X	X					se realiza en SOP

4.- HOSPITALIZACION

ESPECIALIDAD	N° DE CAMAS	FUNCIONAMIENTO						OBSERVACION
		LUNES A SABADO			DOMINGOS/FER.			
		M	T	N	M	T	N	
Medicina General	1	X	X	X	X	X	X	Especialista solo M/T los domingos
Cirugía General	3	X	X	X	X	X	X	
Pediatría	10	X	X	X	X	X	X	
Gineco-Obstetricia	17	X	X	X	X	X	X	
Sala de Parto	1	X	X	X	X	X	X	

5.- SALA DE OPERACIONES

Cirugía Mayor	1	X	X				
Cirugía Menor	1	X	X				

6.- EMERGENCIA

Medicina General	1	X	X	X	X	X	X
Gineco-Obstetricia	1	X	X	X	X	X	X

Fuente: Gestión de Dr. Juan Carlos Yafac en el Hospital de Huaycán-2005 al 2007.

3.3.3.5 DESCRIPCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El crecimiento del potencial humano es mínimo, en relación con el incremento de la producción de los servicios, la limitación se está solucionando con personal de apoyo, Serums y estudiantes que realizan sus prácticas (internos e internas). En general los recursos humanos del Hospital de Huaycán son insuficientes en todos los grupos ocupacionales, empeorándose en los servicios de pediatría, enfermería y Obstetricia, considerando que la demanda del Hospital es esencialmente materno-infantil (ver cuadro de recursos humanos y tabla 3).

Tabla N° 03: Recursos Humanos del Hospital de Huaycán

GRUPO OCUPACIONAL	CONDICION LABORAL					TOTAL
	NOMBRADO	DESTACADO	CONTRATADO	SERUMS	INTERNOS	
TOTAL PERSONAL	66	4	97	16	4	187
TOTAL PROFESIONALES	31	1	31	16	4	83
Medico Cirujano	1		2			3
Medico General	13		1			14
Medico Pediatra	2					2
Gineco- Obstetra	3		2			5
Cirugía General						0
Cirugía Pediátrica						0
Anestesiólogo		1	1			2
Odontólogo	1		1	1		3
Obstetrix	3		9	5	4	21
Enfermeras	6		11	8		25
Químico Farmacéutico			1	1		2
Asistente Social			2			2
Tecnólogo Medico	2					2
Psicólogo			1	1		2
TOTAL NO PROFESIONALES	35	3	66			104
TOTAL TECNICOS	29	2	46			77
Enfermería	20		24			44
Farmacia			6			6
Computación			2			2
Laboratorio	1		6			7
Nutrición		1				1
Sanitario	1					1
Administrativo	5	1	8			14
Estadística	2					2
TOTAL AUXILIARES	4	0	2			6
Enfermería	3		1			4
Farmacia			1			1
Nutrición	1					1
OTROS	2	1	18			21
Secretaria			1			1
Contador						0
Apoyo Administrativo			6			6
Artesano		1				1
Mantenimiento			1			1
Chofer	2		3			5
Seguridad y Guardianía						0
Limpieza			7			7

Fuente: Servicio de Personal HH.-2004.

3.4 ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN. PERÍODO DEL 2005 AL 2008.

La Construcción de una Política Pública tiene como objetivos: 1ro. Identificar un problema social y definir el campo de análisis 2do. Elaborar un diagnóstico 3ro. Diseñar la propuesta. A pesar del gran número de políticas sociales y públicas que pueden existir, me centraré en un tipo específico: el programa de salud sexual y reproductiva (PSSR).

3.4.1 PERÚ: PROGRAMAS Y PRIORIDADES DE SALUD²²²

En la década de los noventa, se lograron avances en la oferta de atención primaria de la salud que significó la ampliación de cobertura de centros y puestos de salud, equipamiento y fortalecimiento de programas nacionales, especialmente de salud materno-infantil y enfermedades transmisibles. Estas acciones se vieron menguadas por una insuficiente e inadecuada transformación de los sistemas de salud para alcanzar los objetivos de eficiencia y eficacia y equidad que se plantearon en los Lineamientos de Política de Salud: 1995-2000, cuya misión del sector era “promover y garantizar la salud individual y colectiva de la población del Perú” bajo la conducción del Ministerio de Salud. Estableciendo además que la salud es una responsabilidad social que abarca a los sectores público y privado, correspondiendo al estado la conducción del sector y la provisión de servicios básicos de salud.

Posteriormente, el Ministerio de Salud aprueba los “Lineamientos de Política Sectorial 2002- 2012”, que constituye una propuesta para el decenio y diseña el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006, recogiendo los aportes de los actores sociales y los componentes del sector, hacia una meta común: “proteger la dignidad personal de todos los peruanos, cautelando su derecho a la vida, mediante el acceso a la salud con calidad, eficiencia, eficacia y humanidad”.

La visión de la política de salud prevé que para mediados de la década 2010-2020, se implementarán mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud. La política de salud se basa en los principios de solidaridad especialmente para la población más empobrecida, propugna la calidad de la atención como un derecho ciudadano y la equidad como un principio elemental de la justicia social. En ese contexto, se contemplan acciones, de las cuales resalto las relacionadas al tema de mejoramiento de localidad de atención de servicios en SSR., así:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad.
- Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud.
- Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad.

²²² ENDES Continua, 2004-2006.

En los Lineamientos de Política de Salud para el periodo 2001-2006 se planteó obtener los siguientes resultados (aún no cubiertas ni logradas satisfactoriamente en Huaycán): Programas de promoción de la salud concertados con gobiernos locales, comunidad, la coordinación intersectorial en el ámbito local e instituciones de la sociedad civil a nivel nacional; y Mejorar la calidad y eficiencia de la atención de los establecimientos, servicios y prestaciones.

En el año 2003, los logros estaban orientados a la reestructuración integral de los sistemas operativos y operativos del MINSA y al proceso de integración y descentralización sectorial (actividad en proceso), tales como: Fortalecimiento de la capacidad de planificación y gestión de políticas sanitarias en el ámbito central y descentralizado; Desarrollo de: política de gestión de RRHH, sistemas de soporte para flujos de información del sector y capacidades para la conducción del sistema de vigilancia; y Descentralización de los servicios y la gestión de salud, bajo la estrategia de administración compartida con CLAS, redes y microrredes

Dado que muchas de las metas planteadas, a raíz de los acuerdos nacionales e internacionales, no han podido aún cumplirse; creo entonces que la mira más próxima que se tiene para lograr metas y objetivos nacionales, es la META del 2020. A trabajar entonces.

3.4.1.1 MISIÓN, OBJETIVOS Y METAS DEL PSSR²²³

3.4.1.1.1 MISIÓN.- Mejorar el estado de la SSR de los hombres y mujeres en todas las etapas de su vida, mediante la provisión de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la mejor calidad posible; que lleguen sin restricciones a todos los habitantes del Perú y que respondan a las verdaderas necesidades de la población.

3.4.1.1.2 OBJETIVO GENERAL.- Contribuir a mejorar el estado actual de la SSR como acción fundamental para impulsar el desarrollo humano de la población que permita a los individuos alcanzar el desarrollo humano de la población que permita a los individuos alcanzar el máximo de sus potencialidades y el mejor uso de sus capacidades, mejorando la esperanza y calidad de vida de los hombres y mujeres por igual.

3.4.1.1.2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.- a) Incrementar el acceso oportuno a los servicios de SR y PF; mejorando la cobertura, calidad y calidez de la atención institucional. b) desarrollar la capacidad de planificación, administración y gestión para incrementar la oferta de servicios de SR y PF. c) desarrollar un esfuerzo intenso, sostenido y amplio de información y educación destinada a generar una demanda informada en SR y PF. d) Movilizar los recursos disponibles para desarrollar sistemas locales de acceso universal para la promoción, prevención y atención en SR y PF, mejorando la atención comunitaria de los problemas de SR y PF.

²²³ Programa de salud sexual y reproductiva del MINSA; 2008.

3.4.1.1.3 META GENERAL.- a) Disminuir la Tasa de Mortalidad Materna a un nivel no mayor de 100 por 100.000 nacidos vivos. b) Alcanzar la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos y seguros necesaria para asegurar una Tasa global de fecundidad de 2,5 hijos por mujer. c) Reducir en 50% la TM peri natal, en relación a la registrada 2000.

3.4.1.1.3.1 METAS DE SERVICIO

- a) Alcanzar una cobertura de MAC modernos, seguros y eficaces no menor al 50% de las MEF en unión.
- b) Alcanzar una cobertura de MAC modernos, seguros y eficaces no menor al 6% de las mujeres adolescentes.
- c) Disminuir la tasa de abandono promedio de MAC, en los usuarios de los establecimientos del MINSA, por debajo del 10% durante el primer año de uso.
- d) Alcanzar una cobertura de CPN del 75% del total de las gestantes esperadas. En la población.
- e) Lograr concentración mínimo de 4 CPN por gestación atendida.
- f) Alcanzar el 100% de cobertura de vacunación antitetánica en la población de gestantes esperadas.
- g) Alcanzar una cobertura de atención del 70% de las complicaciones esperadas (toxemia, aborto, hemorragia, sépsis, parto obstruido y TBC) en la población total de gestantes, parturientas y púerperas.
- h) Alcanzar una atención del parto por personal profesional no menor al 75% de los partos esperados.
- i) Alcanzar una cobertura institucional de control puerperal no menor al 50% de las púerperas esperadas.
- j) Lograr que el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún Mac seguro, luego de haber tenido conserjería individual.
- k) Alcanzar una cobertura diagnóstica de ITS del 60% en MEF, adolescentes y RN en riesgo que son atendidos en los servicios de SR.
- l) Apoyar al sector educación en lograr que el 100% de los escolares del país que terminan la secundaria hayan recibido, formación en algún momento, sobre principios básicos de educación sexual para fomentar la prevención de los problemas de SR.
- m) Lograr que el 50% de los establecimientos del primer nivel de atención y el 70% del primer nivel de referencia en SR reúnan las condiciones básicas para alcanzar su respectiva acreditación según nivel de atención.

3.4.1.1.3.2 METAS DE INFRAESTRUCTURA

- a) Desarrollar el primer nivel de referencia de manera que el 70% de estos establecimientos, a nivel nacional, obtengan una capacidad de resolución óptima para los principales problemas obstétricos y neonatales.

- b) Dotar de personal, equipamiento, medicamento y suministros básicos para la atención de los 6 problemas prioritarios identificados en SR al 70% de los establecimientos del primer nivel de atención.
- c) Dotar de personal, equipamiento, medicamento y suministros básicos para la atención de los 6 problemas prioritarios identificados en SR al 70% de los establecimientos del primer nivel de referencia, priorizando la atención adecuada y oportuna de la emergencia obstétrica.
- d) Lograr que el 90% del personal profesional y no profesional que labora en las redes de servicios de SR a 70% de los recursos comunitarios presentes en el área de influencia de la red de servicios esté capacitado para atender lo 6 problemas prioritarios identificados en SR.
- e) Lograr que el sistema de vigilancia epidemiológica de MM peri natal se encuentre operando a nivel nacional que atienden partos en el sector público.

3.4.1.2 ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PSSR²²⁴

3.4.1.2.1 ESTRATEGIAS DEL PSSR.- Para enfrentar el problema identificado y alcanzar los objetivos del PSSR se plantea las siguientes estrategias: Democratizar el acceso al conocimiento y la información en SR y PF; Asegurar el acceso universal a los servicios de SR y PF; Descentralización y autosostenibilidad de los servicios de SR y PF; Mejorar en forma permanente la calidad de atención en SR y PF; Intersectorialidad; promoción de la SR de la mujer y Desarrollar e implementar el plan de emergencia para la reducción de MM.

3.4.1.2.2 LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PSSR.- En total son 7 líneas de acción, con los cuales se rige el PSSR:

- a) **Conducción y Gestión.-** necesarias para la ejecución de acciones con oportunidad, pertinencia, eficiencia y efectividad. Incluye mejorar el proceso de toma de decisiones.
- b) **Capacitación.-** considerado como un importante medio de incentivo al personal y su permanente implementación que contribuye a la identificación institucional.
- c) **Información y educación.-** actividades que garantizan el derecho de la personas a recibir información veraz, oportuna y adecuada mediante actividades de consejería; a incorporar la participación de la comunidad organizada en el modelo prestador; a mejorar la imagen de los servicios públicos e incrementar su demanda y utilización; a la difusión de material de información y educación destinado a la promoción de la SR y l prevención de riesgos y daños; y a generar un compromiso solidario y responsabilidad compartida en el cuidado de la SR y PF.
- d) **Prestación de servicios.-** diseño que permita la optimización de los recursos y el desarrollo de los servicios integrados, diferenciados de acuerdo a cada realidad local. De manera que se incremente la cobertura y se mejore la calidad de los servicios actuales. Se establecerá red de

²²⁴ Programa de salud sexual y reproductiva del MINSA, 2008.

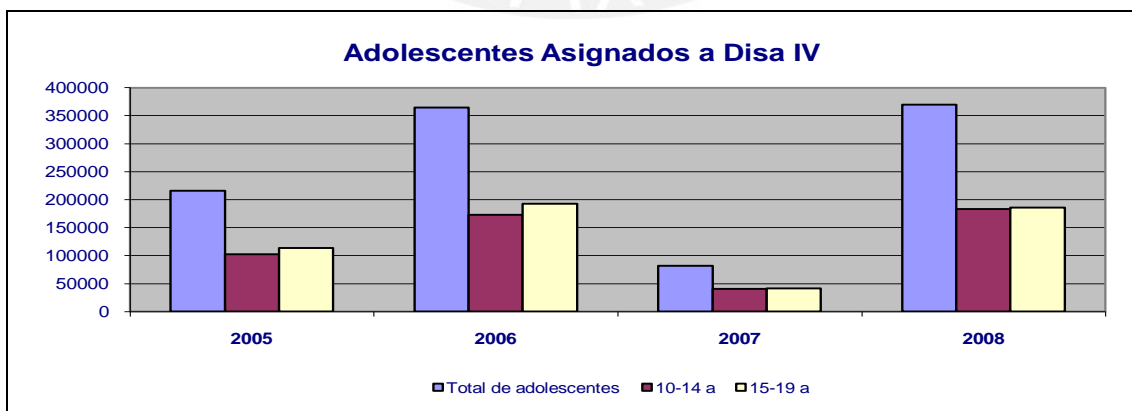
servicios que articule los diferentes prestadores públicos, privados y comunitarios. Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia oportuno y ágil dentro del criterio de atención por niveles, priorizando el enfoque de riesgo. Se fortalecerá la infraestructura física, equipamiento, insumos, medicamentos, suministros y recursos humanos. desarrollo de incentivos destinados a mejorar el rendimiento y desempeño del recurso humano.

- e) **Evaluación.-** para garantizar la adecuada supervisión, monitoreo y evaluación, evaluar el cumplimiento de metas e impacto de los programas sociales en el estado de la SSR. Se desarrollarán dos vertientes principales de actividades: los proyectos de evaluación y los sistemas regulares de información y registro.
- f) **Investigación.-** MINSA apoyará las investigaciones en las modalidades de investigación clínica, epidemiológica y operacional.
- g) **Financiamiento.-** se tratará de optimizar el empleo y la inversión productiva de los aportes individual y colectivo, público y privado; y de la cooperación externa; a fin de desarrollar modelos locales sostenibles y sustentables en base al principio de responsabilidad compartida entre individuo, sociedad civil, comunidad organizada, gobiernos locales y Estado.

3.4.2 ANÁLISIS SITUACIONAL DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN vs. SEDES DE DISA IV, LIMA ESTE. PERÍODO DEL 2005 AL 2008

El objetivo es identificar la capacidad de atención del HH en relación al resto de sedes de la jurisdicción de la DISA IV, Lima Este, entre los años del 2005 al 2008. La población asignada por DISA IV, para las distintas jurisdicciones de la zona, se dieron así en los 4 últimos años, en lo que va, del 2005 al 2008 (ver gráfica 4, tabla 4 y gráfica 5).

Gráfica N° 4: Población asignada-DISAIV- 2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV-Lima Este, 2009.

En la **gráfica 4** se aprecia la población asignada para el grupo de adolescentes a DISA IV, 2005 al 2008.

Tabla N° 04

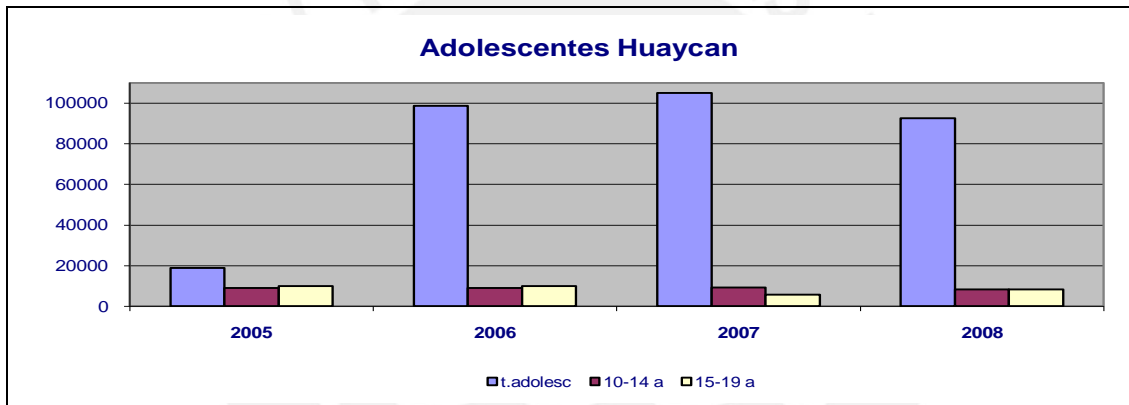
Población general asignada para las jurisdicciones de DISA IV. Período 2005 al 2008

	Pob.total asignada	Adolescentes asignados a Disa IV-Lima Este			Adolescentes asignados al Hospital de Huaycán		
		Total de adolescentes	10-14 a	15-19 a	t.adolesc	10-14 a	15-19 a
2005	1108227	216020	102531	113489	18826	8936	9890
2006	1887339	365106	172509	192597	98700	9006	10053
2007	2028046	82039	40498	41541	104942	9286	5637
2008	2061700	369729	183500	186229	92634	8245	8367

Fuente: Información de unidad estadística de DISA IV, Lima Este, 2009.

La **tabla 4** es la base para la elaboración de las gráficas 4 y 5.

Gráfica N° 5: Población Adolescente asignada-Huaycán- 2005 al 2008.



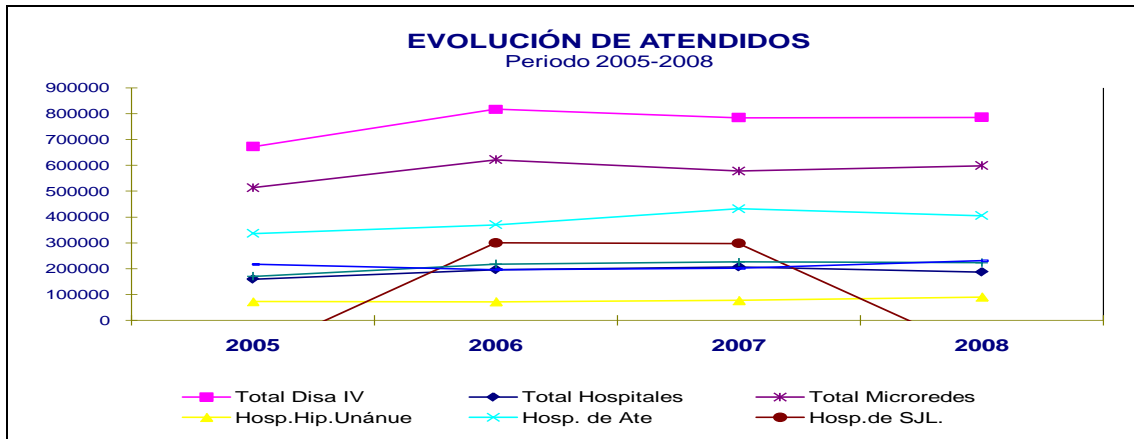
Fuente: Unidad estadística Disa IV- 2009.

3.4.2.1 ANÁLISIS DE ATENCIONES VS ATENDIDOS ENTRE LOS AÑOS 2005 AL 2008.

La capacidad de atención de las sedes de la jurisdicción de la DISA IV, han ido variando año tras año, así lo podemos apreciar entre el 2005 al 2008.

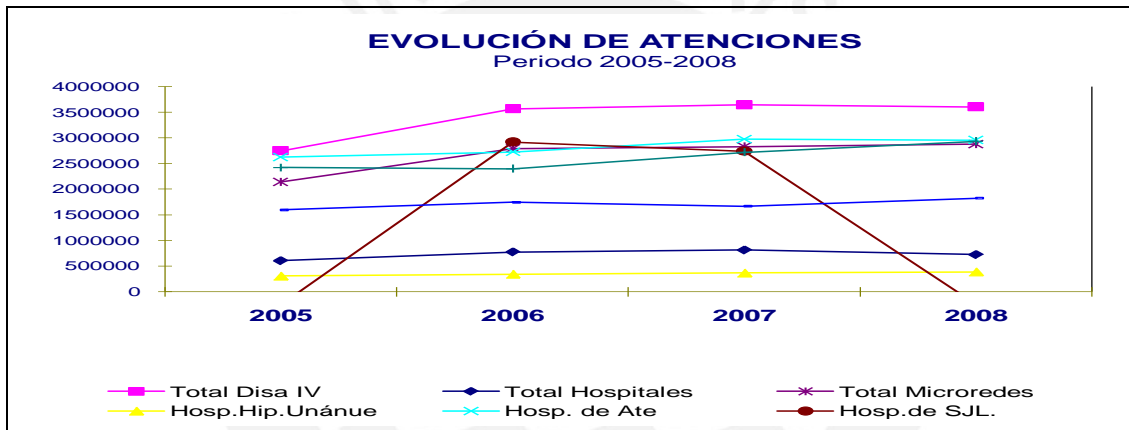
Para el análisis de Atenciones vs. Atendidos en la Disa IV, Lima- Este, del 2005 al 2008 se explica en las tablas 5, 6, 7 y 8 y en las gráficas 6, 7, 8, 9, 10,11 y 12, correspondientes, que se presentan así.

Gráfica N° 6: Análisis de Atendidos en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.



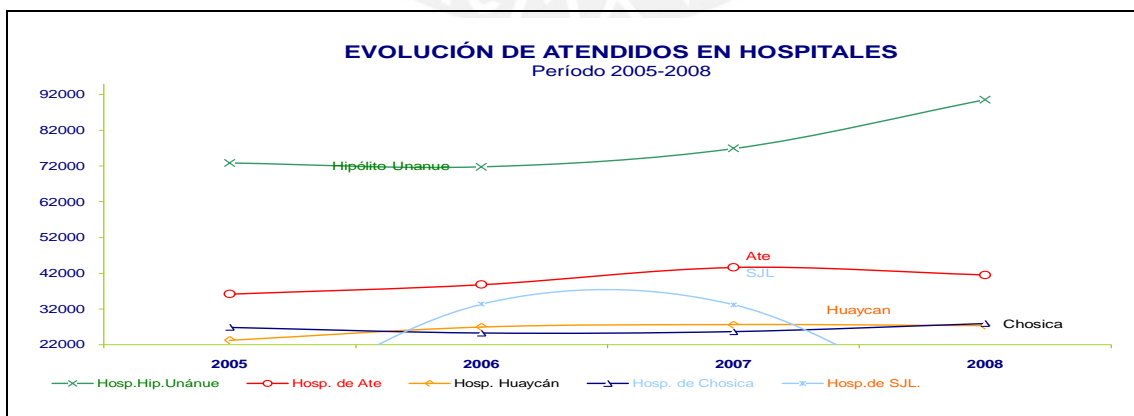
Fuente: Unidad estadística Disa IV- Lima Este, 2009.

Gráfica N° 7: Análisis de Atenciones en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV-Lima Este, 2009.

Gráfica N° 8: Atendidos en Hospitales de DISA IV- lima este 2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV-Lima Este-2009.

Tabla N° 05

Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2005.

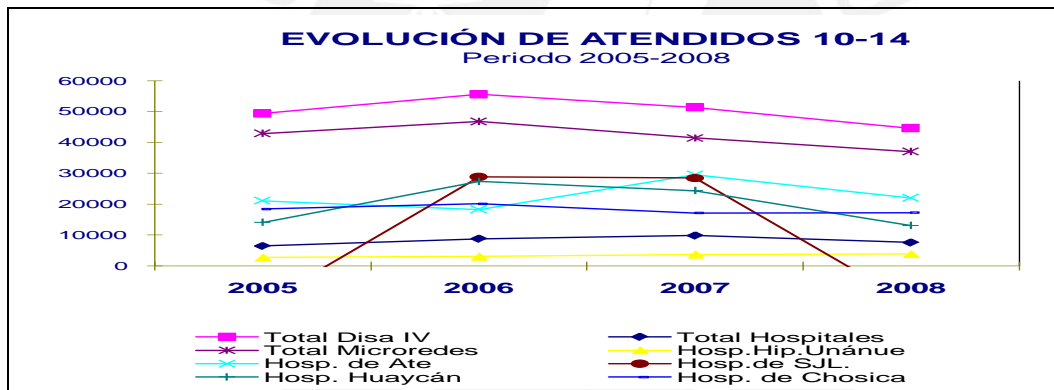
Instituciones	Total		Adolesc. 10-14 años		Adolesc. 15-19 años	
	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones
Total Disa IV	672436	2747920	49438	139265	68118	256761
Total Hospitales	159094	606018	6502	19209	13839	49366
T. Microredes ²²⁵	513392	2141902	42936	120056	54279	207395
Hosp.Hip.Unánue	72831	310066	2767	9991	5365	21847
Hosp. de Ate	36163	114983	1380	3347	4232	11464
Hosp.de SJL.	s/r	s/r	s/r	s/r	s/r	s/r
Hosp. Huaycán	23241	107057	1087	3079	2246	11190
Hosp. de Chosica	26859	73912	1269	2792	1996	4865

Fuente: unidad estadística de la DISA IV, lima Este, 2009.

s/r: sin reporte de la zona.

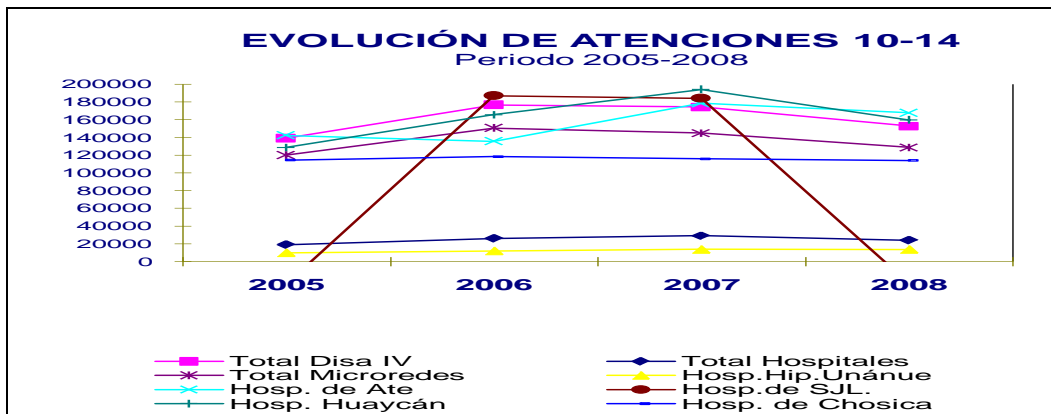
En el 2005, en el Hospital de Huaycán se realizaron 107057 atenciones, de los cuales un 14249 corresponden a la atención de adolescentes entre 10 a 19 años. Y de las 5 sedes Hospitalarias, ocupa el 4to lugar en cobertura de atenciones (ver gráficas 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12).

Gráfica N° 9: Análisis de Adolescentes Atendidos en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV- Lima Este, 2009.

Gráfica N° 10: Análisis de Atenciones en Adolescentes en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV- Lima Este, 2009.

²²⁵ En total, en el 2005 hubo 17 microrredes (131 establecimientos, centros y postas de salud agrupadas a una microrred).

Tabla N° 06

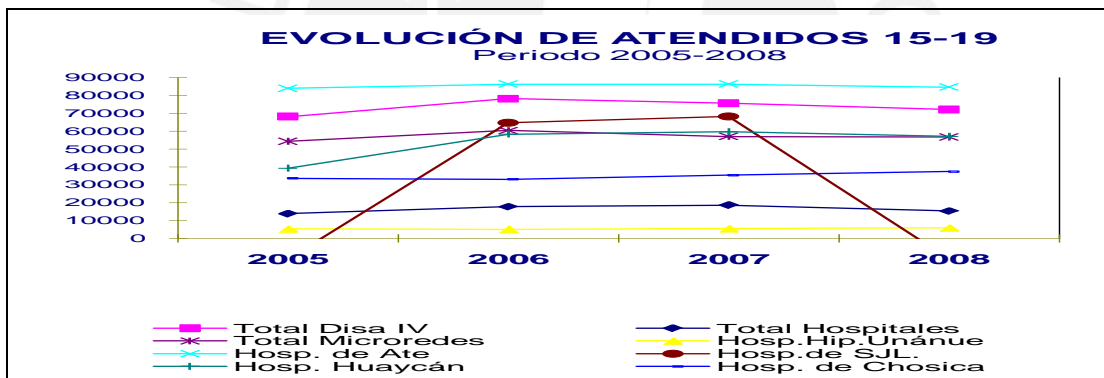
Evaluación de atenciones y atendidas²²⁶ en la DISA IV, Lima este, 2006.

Instituciones	Total		Adolesc. 10-14 años		Adolesc. 15-19 años	
	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones
Total Disa IV	818080	3567816	55627	176879	78260	321955
Total Hospitales	196102	774689	8807	26233	17808	64476
Total Microredes	621978	2793127	46820	150646	60452	257479
Hosp.Hip.Unánue	71758	342923	3071	12081	5036	23408
Hosp.de Ate	38782	119136	1262	3213	4334	11103
Hosp.de SJL.	33333	126817	1702	4244	3375	11735
Hosp. Huaycán	26969	105930	1641	3817	3092	12945
Hosp. de Chosica	25260	79883	1341	2871	1971	5285

Fuente: unidad estadística de la DISA IV, lima Este, 2009.

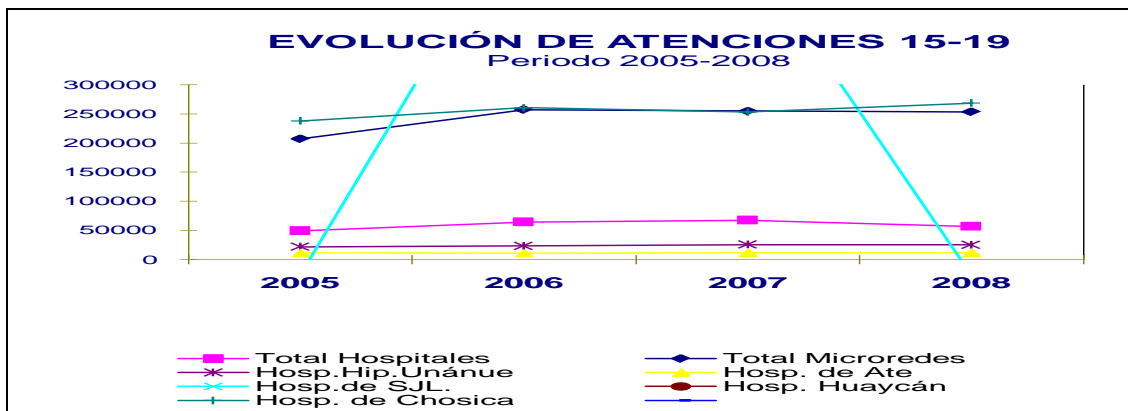
En el 2006, en el Hospital de Huaycán se realizaron 105930 atenciones, de los cuales un 16762 corresponden a la atención de adolescentes entre 10 a 19 años. Y de las 5 sedes Hospitalarias, el HH ocupa el 4to lugar en cobertura de atenciones (ver gráficas 6, 7, 8, 9, 10 y 11).

Gráfica N° 11: Análisis de Adolescentes Atendidos en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV-Lima Este, 2009.

Gráfica N° 12: Análisis de Atenciones en Adolescentes en Hospitales de DISA IV-2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística Disa IV- Lima Este, 2009.

²²⁶ Se considera; Atendidas: nuevas + reingresos y Atenciones: nuevas+reingresos+continuadoras.

Tabla N° 07

Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2007.

Instituciones	Total		Adolesc. 10-14 años		Adolesc. 15-19 años	
	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones
Total Disa IV	785092	3645407	51405	174538	75621	323165
Total Hospitales	206943	814337	9862	29414	18618	67784
T. Microredes ²²⁷	578149	2831070	41543	145124	57003	255381
Hosp.Hip.Unánue	76909	369780	3707	13948	5528	25786
Hosp.de Ate	43597	129030	1734	4074	4335	11831
Hosp.de SJL.	33165	119720	1689	4185	3530	10319
Hosp. Huaycán	27615	118815	1516	4385	3152	14102
Hosp. de Chosica	25657	76792	1216	2822	2073	5146

Fuente: unidad estadística de la DISA IV, lima Este, 2009

En el **2007**, en el Hospital de Huaycán se realizaron 118815 atenciones, de los cuales un 18487 corresponden a la atención de adolescentes entre 10 a 19 años. Y de las 5 sedes Hospitalarias, ocupa el 4to lugar en cobertura de atenciones (ver gráficas 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12).

Tabla N° 08

Evaluación de atenciones y atendidas en la DISA IV, Lima este, 2008.

Instituciones	Total		Adolesc. 10-14 años		Adolesc. 15-19 años	
	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones	atendidos	atenciones
Total Disa IV	785961	3605657	44654	153003	72115	310783
Total Hospitales	187314	726254	7588	24042	15393	57161
T. Microredes ²²⁸	598647	2879403	37066	128961	56722	253632
Hosp.Hip.Unánue	90546	387526	3905	13708	5932	25382
Hosp.de Ate	41501	128337	1417	3856	4261	11876
Hosp.de SJL.	s/r	s/r	s/r	s/r	s/r	s/r
Hosp. Huaycán	27340	127333	1046	3695	3036	14467
Hosp. de Chosica	27927	83051	1220	2783	2164	5426

Fuente: unidad estadística de la DISA IV, lima Este, 2009

En el **2008**, en el Hospital de Huaycán se realizaron 127333 atenciones, de los cuales un 18162 corresponden a la atención de adolescentes entre 10 a 19 años. Y de las 5 sedes Hospitalarias, ocupa el 4to lugar en cobertura de atenciones (ver gráficas 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12).

²²⁷ Son 14 microrredes (104 establecimientos de salud, centros y postas de salud agrupadas a una microrred). 2007

²²⁸ Son 14 microrredes (104 establecimientos de salud, centros y postas de salud agrupadas a una microrred). 2008

3.4.2.2 ANÁLISIS DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE LAS DISTINTAS SEDES DE DISA IV, LIMA ESTE; DEL PSSR, AÑO 2008.

La información más completa que se tiene es la del 2008, justamente con este nuevo modelo de reporte de programas, implementado por MINSA.

a) Materno peri natal:

En la **Tabla N° 9** se observa que, el HH realizó 9893 atenciones en control prenatal, de las cuales hubo 1655 adolescentes que recibieron su control prenatal en el 2008. También se observa una escasa participación de las adolescentes a las charlas de psicoprofilaxis (240), lo que traducidos a % de atenciones, equivale a un 14.50% (de 1655 embarazadas adolescentes), que el PSSR imparte a todas las pacientes grávidas, en especial a adolescentes. De las 5 sedes hospitalarias ocupa el 2do. lugar en atenciones de CPN.

Tabla N° 09

Población materna peri natal en sedes de DISA IV, lima este. Año 2008.

CPN	Total CPN		10-14 años		15-19 años		psicoprofilaxis	
	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.	Total Atenc.	T.atenc. Adolesc.
Total Disa IV	33433	185079	78	345	3150	17268	9984	1996
Total Hospitales	6536	36346	18	154	74	5129	3205	817
T. Microredes	26897	148733	60	191	3076	12139	6779	1179
Hosp.de SJL.	1881	12183	6	44	265	1550	408	134
Hosp. Huaycán	1705	9893	2	22	289	1633	751	240
Hosp.de Ate	1973	5691	4	39	103	1044	644	151
Hosp.Hip.Unánue	473	4593	4	36	49	468	1402	286
Hosp. de Chosica	504	3986	2	13	34	434	-	-
P/A/CaCu	Partos				Abortos		CaCu	
	Total partos	Partos 10-14	Partos 15-19	T.partos adolesc.	total	Adolesc.	total	Adolesc.
Total Disa IV	22296	44	1502	1542	4168	429	7978	2240
Total Hospitales	20658	22	1427	1449	4117	424	708	665
T. Microredes	2268	22	75	93	51	5	7220	1575
Hosp.Hip.Unánue	9584	-	-	-	1764	145	15	-
Hosp.de SJL.	5375	15	679	694	1044	138	347	327
Hosp. Huaycán	1578	1	348	349	262	41	43	278
Hosp.de Ate	2636	4	311	315	776	78	261	58
Hosp. de Chosica	1485	2	191	193	272	32	42	2

Fuente: Unidad estadística de la DISA IV, Lima Este, 2009.

En cuanto a Partos; en el 2008 hubo 1578 partos, de los cuales 349 corresponden a partos en adolescentes. Y ocupa el 3er. Lugar en atenciones de partos, pero el 2do lugar en partos en adolescentes. Respecto al número de abortos comparados con el resto de sedes es bajo (41 vs. 145), es el penúltimo de 5 sedes (ver gráficas 13 y 14).

b) Planificación familiar

En el 2008, en la **Tabla N° 10**, se observa 12756 usuarias de métodos de planificación familiar, entre nuevas y continuadoras, y que contrastados con las 5 sedes, se aprecia en cifras a una población protegida en MAC., pues es el 2do. respecto a 5 sedes Hospitalarias de DISA IV. Aunque lo alarmante es dejar a las adolescentes o pacientes en general protegerse con MELA: 348 y ocupa el 2do lugar como método de riesgo (método de lactancia materna, poco por no decir nada seguro para espaciar su intervalo ínter genésico²²⁹).

Tabla N° 10
Evaluación de usuarias de MAC en las sedes de DISA IV, Lima este. Año 2008

D/P/I/C	Atención Total de N+C ²³⁰	DIU		Píldoras		Inyectables		condón			
		total nuevas	Total contin	Total nuevas	Total contin	total nuevas	Total contin	total nuevas	Total contin		
Total Disa IV	283672	2060	4944	30071	64493	24338	115348	23428	15398		
Total Hospitalares	43357	355	490	4826	5381	8452	13048	6780	1686		
T. Microredes	240316	1705	4454	25245	59112	15886	102300	16648	13712		
H. HipUnánue	13352	125	142	1015	2243	3765	1989	3390	385		
H. Huaycán	12756	64	115	891	2243	1105	5843	1408	717		
H. SJL.	9337	111	163	1865	1104	1827	2690	994	311		
H. Ate	6599	41	43	793	790	1583	1668	754	158		
H. Chosica	2554	14	27	262	528	172	858	234	135		
		Anticonc. quirúrgica		Mela		Ritmo		Billings²³¹		T.nat. ²³²n+c	
		Btb	Vasec	Total	nueva	contin	nueva	contin	nueva	contin	
TDisa IV		475	25	500	2193	147	694	38	20	1	3092
THosp		458	25	483	1668	129	58	1	-	-	1856
T.Mic-redes		17	-	17	525	18	636	37	20	1	1237
HH.U		247	17	264	8	-	26	-	-	-	34
H. Ate		29	1	30	674	45	20	-	-	-	739
H SJL.		98	3	101	166	5	-	-	-	-	171
H. H		8	-	8	348	7	7	-	-	-	362
H. Ch		76	4	80	166	72	5	1	-	-	244

Fuente: Unidad estadística de la DISA IV, Lima Este, 2009

.En la **Tabla 11**, de usuarias adolescentes hay 333 adolescentes protegidas, cifra interesante comparada con las otras sedes (2da), en cuanto a uso de anticonceptivos se refiere, pero igual MELA es el pionero

²²⁹ Se habla de periodo ínter genésico, al tiempo de espaciamiento entre un o y otro hijo, en salud lo ideal es espaciar por lo menos 2 a 3 años, para otro nuevo embarazo.

²³⁰ Incluye número total de usuarias Nuevas+ continuadoras. (N+C), 2009.

²³¹ Billings: método de planificación natural, que consiste en el control del moco cervical en cada ciclo, tomando los picos de mayor ovulación (moco fino y elástico: signos de ovulación), días en que debe practicar "abstinencia" por estar en riesgo reproductivo.

²³² Total de métodos naturales (ritmo, mela y billings).

como MAC en el HH después del H. Hipólito Unánue. Riesgo reproductivo, si esta usuaria adolescente no es advertida sobre el límite de tiempo en que "entre comillas" la protege este método.

Tabla N° 11

Evaluación de usuarias adolescentes de MAC en las sedes de DISA IV, Lima este. 2008

	Total Mac	T. Mac adolesc.	DIU	Hormonal			Preserv.	Natural	
				Píldoras	AOE ²³³	Inyect.	Condón	Mela	Ritmo
Total Disa IV	283672	5502	87	1487	61	3487	887	70	11
Total Hospitales	43357	245	9	231	34	630	237	49	-
T. Microredes	240316	5257	78	1256	27	2857	650	21	11
H.HipUnánue	13352	309	-	14	22	177	96	-	-
H. Ate	6599	166	-	43	6	95	22	-	-
H. SJL.	9337	303	3	101	3	154	33	9	-
H. H	12756	333	6	57	3	175	81	11	-
H. Ch	2554	79	-	16	-	29	5	29	-

Fuente: Unidad estadística de la DISA IV, Lima Este, 2009

3.4.3 HUAYCÁN: PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES. PERÍODO DEL 2005 AL 2008

En lo que concierne a al Hospital de Huaycán, jurisdicción de DISA IV, Lima Este; encuentro a una Institución con miras a lograr metas y objetivos nacionales, pero de forma muy, pero muy lenta, considerando como aspectos negativos, el hecho mismo de la distancia geográfica, profesionales limitados a capacitaciones, carencia de ambientes diferenciados (es el caso, para el área de SSR de adolescentes); carencia de medios económicos internos para desplazarse en las diversas zonas de la comunidad (son 33 más prolongaciones...), las condiciones de la infraestructura e instrumental, pues muchos de ellos son obsoletos; recordemos que el Hospital de Huaycán, ya tiene 25 años de actividad como institución hospitalaria, sin parar un solo día. Claro está, que año tras año ha ido evolucionando para bien, pero es preciso acelerar un poco más, dado el crecimiento poblacional de la localidad, que va en aumento progresivo y acelerado; y es en ese sentido que también, nosotros(as) los/las profesionales de la salud debemos y tenemos que correr a ese ritmo, pero sin perder la cordura ni la dirección.

Es por ello, mi interés por aportar y facilitar los medios para que ayuden a mejorar los índices y coberturas de la Institución, concerniente al área de SSR, y uno de los caminos es analizando e identificando las fallas internas y/o externas que limitan el avance progresivo y satisfactorio de las metas institucionales planteadas a nivel nacional.

Veamos entonces el análisis situacional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR), específicamente de los y las adolescentes de la comunidad de Huaycán, desde los años 2005 al 2008, la misma que será desarrollada y presentada con tablas y especificaciones respectivas para cada caso.

²³³ AOE: anticoncepción oral de emergencia (píldora del día siguiente).

La población asignada al Hospital de Huaycán entre el 2005 al 2008 y el grupo etáreo de interés (adolescentes) es:

Tabla N° 12
Población asignada al Hospital de Huaycán del 2005 al 2008

Años	2005	2006	2007	2008
POBLACIÓN ASIGNADA	96763	98.700	104.942	92.634
Población de 10-19 años	18826	19059	18807	18807
% poblac. adolescente	19.45%	19.31%	17.92%	20.30%

Fuente: Facilitada por la unidad estadística del HH.2008.

En la **Tabla 12** se aprecia el crecimiento poblacional, a excepción del informe del 2008, esto a consecuencia de la separación de su jurisdicción de 2 centros de salud: Horacio Cevallos y Señor de los Milagros, que a partir de ese año forman parte de la microrred de Santa Clara (Ate vitarte). Se asume entonces que la población de Huaycán se dispersa entre estos 2 centros, además del P.S. Clas²³⁴ “Confraternidad, Fe y alegría”, ubicada en las laderas de los cerros de Huaycán.

A la fecha la localidad de Huaycán tiene una población de 147,729 habitantes (incluidas las 3 instituciones, mencionadas líneas arriba: población asignada para cada uno de ellos también), y si sólo se atiende a una población asignada de 18807(2008) en el HH, se tendría entonces un 62.7% de población en riesgo de salud, porque de no ser así habría un grueso de la población Huaycanense que estaría desprotegida de la atención de salud. En ese sentido las sedes en mención, están afinando sus poblaciones objetivo para su jurisdicción, de los cuales, el único que toma como centro de referencia²³⁵ hospitalaria al HH es la P:S. Confraternidad, por su cercanía al centro hospitalario; pues en el caso de Cevallos y Sr. de los Milagros, éstas van prioritariamente al Hospital de Vitarte y en el mejor de los casos al Hospital Hipólito Unánue.

Se habla de “población asignada” a la jurisdicción hospitalaria, tomando como referencia el número de atendidos vs. el número de atenciones en el Hospital de Huaycán; asignaciones elaboradas y extendidas por la DISA IV, Lima Este. Cabe mencionar que de los 5 Hospitales que componen la jurisdicción de DISA-IV, el Hospital de Huaycán aún depende directamente de esta sede. Ello implica, programas y asignaciones de recursos y abastecimiento en general dependientes de los niveles centrales. Huaycán es el único Hospital al 2009 que aún no goza ni tiene autonomía de Gestión Hospitalaria.

Se concluye con esta tabla, entonces que la población adolescente del Hospital de Huaycán al 2008 es del 20.30% del total de la población asignada.

²³⁴ Centros locales de asistencia de salud (CLAS). Estrategia de políticas de salud para atender a las poblaciones mas alejadas de la sede principal, nivel básico.

²³⁵ Referencia al Hospital de Huaycán por su condición estratégica y nivel de atención.

3.4.3.1 PROGRAMA DE SALUD MATERNA PERINATAL

En su corto tiempo de existencia (desde el 2007 a la fecha), respecto a la visión y la forma como se trata el problema hoy; este programa ha contribuido a mejorar la cobertura del control prenatal, la atención institucional del parto, y la atención del puerperio. Si bien los adelantos en la atención materna han sido importantes, los esfuerzos por mejorar la atención peri natal son aún incipientes.

Actualmente, todos los recursos del Hospital de Huaycán, provienen de la DISA IV. Sabemos que a nivel nacional, según data del MINSA, además de la poca atención al problema materno-perinatal y la falta de decisión política para enfrentar este problema, no ha permitido mejorar en forma sustantiva el estado de la salud materna peri natal que se esperaba. Por ello, la mortalidad materna y perinatal continúa siendo una de las mayores expresiones de desigualdad social que existe en el país. Huaycán es una zona de riesgo dada sus condiciones, y el problema materno peri natal está latente y es prioridad en la Institución.

Para los efectos de este informe se considera como adolescentes a las mujeres entre 10 a 19 años, siendo el principal grupo de estudio a las mujeres adolescentes y varones adolescentes, entre los 15 a 19 años. La conducta reproductiva de las adolescentes es de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural y muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque el aborto es ilegal en el Perú. Si bien las tasas de fecundidad de las adolescentes han venido descendiendo, aún así la conducta reproductiva de la población adolescente de Huaycán es una gran preocupación. Veamos entonces el análisis de programas²³⁶: CPN, PAP, abortos y Partos.

1ro. Control prenatal.- se considera primer control prenatal a aquellas pacientes grávidas que acuden por primera vez y se ponen a disposición de profesionales de la salud para controlar todo su periodo gestacional, siendo la meta final un parto a término y en buen estado para ambos seres: madre-niño. La data entre el 2005 al 2008 es el siguiente:

Tabla N° 13

Gestantes atendidas (I CPN) en el HH entre los años del 2005 al 2008.

	2005		2006		2007		2008	
	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.	Atend.	Atenc.
Poblac. total	96736		98700		104942		92634	
Meta	1543	7601	1543	7601	1543	7601	1543	7601
Total	2085	8247	1755	8305	1909	9123	1705	9839
Poblac. 10-19 a.	537	-	435	-	422	-	381	-
%Pob.adolesc.gest.	25.75%		24.78%		22.10%		22.34%	

Fuente: Información facilitada por la Unidad estadística del HH.2009.

²³⁶ CPN: control prenatal; PAP: papanicolau (medidas de prevención tomadas en la primera consulta para descarte de ITS), Abortos (en condición de abortos incompletos, ya que la mayoría son provocados en servicios de dudosa procedencia) y los Partos institucionales atendidos.

En la **Tabla N° 13** vemos que al 2005 hubo un 25.75% de adolescentes embarazadas que acudieron al HH para su primer control de embarazo, en el 2006 (24.78%), en el 2007 (22.10%) y en el 2008 las adolescentes gestantes han tenido su primer control de embarazo, en un 22.3%. Siendo la media de un 23.74% de adolescentes embarazadas que asistieron a su primer control prenatal de un total de embarazadas de 1775 atendidas, entre los años 2005 al 2008. Ver tablas en mayor amplitud, por años y meses, así:

Tabla N° 14

Control Prenatal en el Hospital de Huaycán desde el 2005 al 2008.

ATD - GESTANTES CON PRIMER CONTROL					GESTANTES ADOLESCENTES (10 -19) AÑOS - I CPN				
	2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008
META	1543	1543	1543	1543	META	320	400	400	400
TOTAL	2085	1755	1909	1705	TOTAL	537	435	422	381
ENE	193	162	169	170	ENE	39	32	33	37
FEB	182	179	165	136	FEB	49	40	33	32
MAR	162	139	176	159	MAR	37	38	57	42
ABR	221	133	133	141	ABR	48	34	12	31
MAY	153	137	162	141	MAY	40	33	37	29
JUN	155	132	150	111	JUN	46	28	35	20
JUL	171	156	148	151	JUL	54	39	38	36
AGO	184	177	148	115	AGO	53	52	31	24
SEP	189	168	180	168	SEP	40	39	47	40
OCT	184	140	163	159	OCT	44	31	42	38
NOV	170	120	159	147	NOV	47	35	28	29
DIC	121	112	156	107	DIC	40	34	29	23

Fuente: unidad estadística del HH, 2008.

Igualmente se aprecian cifras significativas y representativas de pacientes con PAP, cuya cobertura de atención se han ido incrementando, comparadas según pautas y políticas nacionales, principalmente en el 98 (1063 actividades de toma de PAP).

Tabla N° 15

Atenciones de gestante y Papanicolau en el HH, del 2005 al 2008.

Atenc.Gest.	2005	2006	2007	2008	PAP TOTAL GEST Y MEF				
					2005	2006	2007	2008	
META	7601	7601	7601	7601	META	1543	1543	1543	
TOTAL	8247	8305	9123	9893	TOTAL	857	627	663	1063
ENE	785	759	804	891	Ene.	6	119	49	53
FEB	702	773	660	800	Feb	62	107	47	86
MAR	428	650	792	860	Mar	87	80	111	60
ABR	939	691	564	823	Abr	131	55	10	54
MAY	669	689	733	846	May	53	35	10	41
JUN	618	650	683	752	Jun	84	44	55	37
JUL	546	652	765	825	Jul	99	24	89	35
AGO	699	723	739	759	Ago	103	12	79	61
SEP	777	747	792	877	Sep	73	19	60	148
OCT	730	637	836	889	Oct	69	48	41	129
NOV	704	705	853	813	NOV	37	8	21	266
DIC	650	629	902	758	DIC	53	42	50	93

Fuente: unidad estadística del HH, 2008.

2do. Atención de Partos Institucionales.- Se considera así a aquéllas pacientes atendidas en el Hospital, es bueno considerar que muchas de las pacientes que recibieron controles prenatales, no siempre se quedan o son atendidas en la institución de origen, sino que muchas de éstas pacientes grávidas se van a otras Instituciones del Estado de mayor complejidad de atención. Entonces las que fueron atendidas entre el 2005 al 2008 son: en el 2005 un 20.94% de los partos atendidos corresponden a adolescentes, en el 2006 corresponden a un 25.08% de adolescentes, en el 2007 corresponden a un 24.92% de adolescentes y en el 2008 corresponden a 22.21% de adolescentes atendidas en el HH.(ver tabla N° 16).

Tabla N° 16

Partos institucionales en Huaycán desde los años 2005 al 2008.

PARTO INSTITUCIONAL					PARTOS EN ADOLESCENTES (10-19) AÑOS				
	2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008
META	1378	1378	1378		TOTAL	274	309	352	349
TOTAL	1308	1232	1412	1571	ENE	16	24	33	26
ENE	119	88	128	123	FEB	25	18	21	34
FEB	112	101	114	130	MAR	27	25	34	32
MAR	143	96	118	139	ABR	23	27	30	34
ABR	127	111	119	153	MAY	27	30	18	27
MAY	149	123	104	118	JUN	23	31	25	29
JUN	120	116	110	127	JUL	25	21	34	22
JUL	88	100	101	137	AGO	20	30	36	30
AGO	90	111	125	119	SEP	18	25	31	31
SEP	88	91	120	131	OCT	19	22	31	26
OCT	93	95	123	137	NOV	26	32	22	31
NOV	89	108	115	134	DIC	25	24	37	27
DIC	90	92	135	123					

Fuente: Unidad estadística del HH. 2008.

Tabla N° 17: Abortos en el Hospital de Huaycán. 2005 al 2008.

ABORTOS INSTITUCIONALES					ABORTOS EN ADOLESCENTES (10-19) AÑOS				
	2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008
META					META				
TOTAL	229	239	226	262	TOTAL	40	41	38	41
ENE	16	21	22	24	ENE	6	3	3	1
FEB	11	19	17	17	FEB	3	3	1	4
MAR	19	13	27	17	MAR	2	4	3	2
ABR	21	10	20	12	ABR	4	0	5	2
MAY	22	15	23	18	MAY	2	2	3	4
JUN	17	14	12	19	JUN	3	3	2	2
JUL	18	16	15	18	JUL	0	2	1	2
AGO	21	29	19	37	AGO	2	4	6	7
SEP	15	14		29	SEP	2	4	3	7
OCT	21	26	22	22	OCT	5	4	6	4
NOV	24	34	30	24	NOV	4	5	0	3
DIC	24	28	19	25	DIC	7	7	5	3

Fuente: Unidad estadística del HH. , 2008.

En la relación de tablas también se aprecia el N° de abortos atendidos, significa esto, que son pacientes adolescentes que vienen en condición de abortos incompletos y por emergencia, siendo la principal causa, la interrupción del embarazo, provocado por agentes externos a la institución. De la data obtenida

podemos afirmar, entonces, que en el 2005 hubo 17.46% de casos de abortos en adolescentes, en el 2006 hubo 17.15% de casos, en el 2007 hubo 16.81% de casos y en el 2008 hubo un 15.64% de casos de abortos que ingresaron por la sala de emergencia y que fueron atendidas en el HH (ver tabla N° 17).

Tabla N° 18

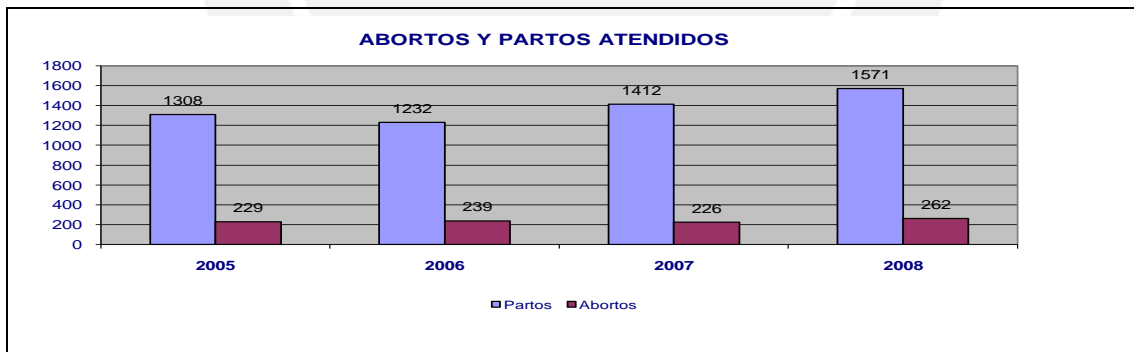
Relación del Número de abortos y partos atendidos en el HH entre el 2005 al 2008.

	Partos				Abortos				Total			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
Total	1308	1232	1412	1571	229	239	226	262	1537	1471	1638	1833
Adolescentes entre 10 y 19 años												
N°	274	309	352	349	40	41	38	41	314	350	390	390
%	20.94	25.08	24.92	22.91	17.46	17.15	16.81	15.64	20.42	23.79	23.80	21.27

Fuente: Elaborado de la data de estadística del HH. 2009

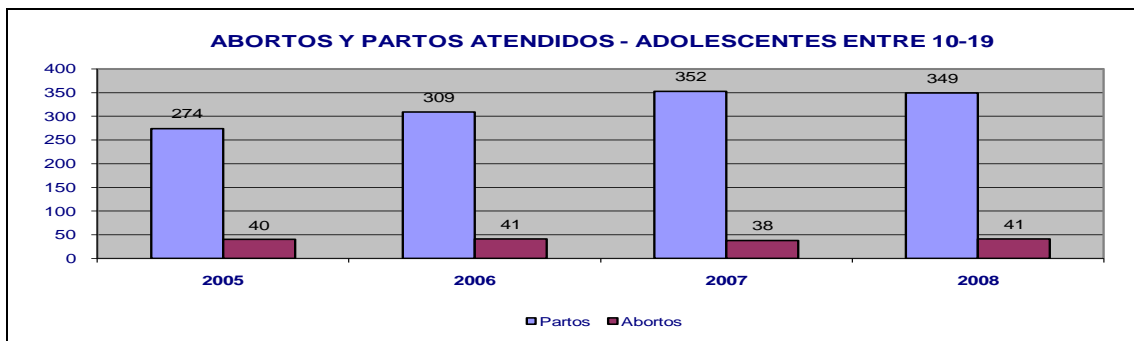
En la **tabla 18**, se puede apreciar el incremento del número de partos en adolescentes, en los 4 años, sobre todo en los años 2007(352) y 2008(349). Los casos de abortos en adolescentes presentados entre los años del 2005 al 2008; diríamos que se mantienen las estadísticas de casos de abortos, a excepción del año 2007 (38) en comparación al resto de años que borden los 41 casos. Y en lo que respecta a la relación de partos y casos de abortos, el 2007 y el 2008 presentan igual N° de atenciones (390), pero dada la diferencia de partos en el 2008(349) es que se tienen un 21.27%, y que en todo caso, fue el año 2007 (23.80%) el año de mayor casos atendidos entre partos y abortos. Entonces la media entre partos y abortos de adolescentes, atendidas entre los años del 2005 al 2008 en el HH, fue del 22.32%.(ver gráf. 13 y 14).

Gráfica N° 13: Abortos y Partos atendidos en el Hospital de Huaycán, entre el 2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística del HH. 2009.

Gráfica N° 14: Abortos y Partos atendidos en Adolescentes en el Hospital de Huaycán, 2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística del HH. 2009

3.4.3.2 PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Programa que se inicia en el año 1985²³⁷, con una administración centralizada y acciones selectivas únicamente en el área de programa de planificación familiar (PF). Desde hace 5 años, las autoridades del MINSA han iniciado el desarrollo de programas locales a nivel de las subregiones de salud, inicialmente, como estrategia de desconcentración del poder de decisión e incremento de la autonomía local. Actualmente el programa está desarrollando esfuerzos para lograr una atención integral a la Salud Reproductiva, habiéndose integrado funcionalmente las actividades de PF, Materno peri natal, Salud del escolar y adolescente, ITS y prevención de CaCu. Si bien es cierto, en lo que va de estos últimos años, el Estado ha incrementado su apoyo y coberturas de atención a nivel nacional, veamos entonces lo que sucede en Huaycán entre los años del 2005 al 2008.

Los métodos de planificación familiar en usuarias adolescentes a considerar para el análisis durante los años del 2005 al 2008 es el siguiente: a) Métodos hormonales: Píldoras e Inyectables b) Métodos de barrera: Tabletas y óvulos c) Método DIU: dispositivos intrauterinos. d) Métodos naturales: Lactancia materna (MELA) y Ritmo. e) Consejería en adolescentes.

En el análisis general del uso de métodos de planificación familiar desde el 2005 al 2008 en relación a los/las adolescentes usuarias de éstos métodos; es preciso mencionar, que en el 2005 no hay reporte(s/r) de métodos en lo referente a métodos naturales; al preguntar a la coordinadora del programa y a la responsable de estadística; ambas refieren no haber información ó si la hubo éstas extraviaron, pues ya pasaron muchos años.

Entonces, veamos este análisis mes a mes en éstos 4 años:

Tabla N° 19

Insumos y Atenciones de Planificación Familiar entre el 2005 al 2008.

CONDON					INYECT.			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
TOTAL	25370	27650	13910	35585	7880	8019	3739	6988
ENE	2260	2230	2580	3550	663	654	697	379
FEB	1810	1940	2370	3000	618	613	550	675
MAR	2220	1650	2640	3200	673	677	661	740
ABR	2340	2050	2200	3420	682	612	583	500
MAY	2100	2310	2180	3556	616	609	646	579
JUN	2340	1660	1940	2450	607	591	602	659
JUL	2050	2550	3120	2950	696	658	659	564
AGO	2350	2190	2380	2785	657	608	562	553
SEP	2270	2370	2850	2800	704	670	679	677
OCT	2440	2750	3384	2160	684	636	659	496
NOV	1600	4340	3020	2220	651	1109	553	539
DIC	1590	1610	2270	3494	629	582	617	627

ATENCIONES

²³⁷ MINSA: Análisis del PSSR de 1996 al 2000. Dirección general de salud de las Personas, Dirección de Programas sociales.

CONDON					INYECT.			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
	1484	1426	1602	2125	7880	7508	7468	6988
ENE	130	127	150	217	663	655	697	379
FEB	97	108	137	172	618	613	550	675
MAR	130	101	132	182	673	677	661	740
ABR	146	104	98	210	682	612	583	500
MAY	114	127	114	205	616	609	646	579
JUN	135	92	95	149	607	591	602	659
JUL	137	129	168	163	696	643	659	564
AGO	125	133	118	147	657	608	562	553
SEP	139	135	153	150	704	670	679	677
OCT	132	151	161	120	684	634	659	496
NOV	104	116	162	122	651	614	553	539
DIC	95	103	114	288	629	582	617	627

Insumos y atenciones de los métodos de anticoncepción oral y métodos de barrera

ORAL					DIU			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
	10043	11428	4804	9822	112	89	53	71
ENE	918	1210	1071	1196	13	8	10	12
FEB	749	663	893	949	11	7	14	4
MAR	751	922	291	395	8	6	9	6
ABR	804	894	770	457	12	2	10	8
MAY	951	973	917	1000	6	4	6	9
JUN	765	718	862	879	5	7	4	3
JUL	444	950	950	593	4	12	9	6
AGO	935	868	816	858	13	11	7	4
SEP	991	1036	975	993	11	3	5	6
OCT	796	893	1037	990	16	9	7	4
NOV	901	1449	852	622	8	12	10	8
DIC	1038	852	814	890	5	8	10	1

Atenciones

ORAL					DIU			
	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
	3187	3445	3933	3093	178	194	214	179
	300	372	321	464	27	17	17	28
	254	237	290	301	24	14	27	21
	232	283	939	119	15	15	16	6
	255	282	245	139	22	13	21	15
	291	310	263	310	10	14	14	19
	243	232	253	261	14	12	12	8
	132	299	293	188	17	17	14	14
	293	268	243	261	5	18	15	11
	301	316	282	300	4	16	15	16
	261	278	314	294	10	26	20	12
	301	313	252	196	20	11	24	16
	324	255	238	260	10	21	19	13

Fuente: Unidad estadística del Hospital de Huaycán.2008.

Según las estadísticas, en la **Tabla 19 y 20**; vemos que en el 2005 de un total de de 1484 usuarias de preservativos, un 7.47% corresponde a usuarias adolescentes; en el 2006 de un total 7508 usuarias de

inyectables, un 24.13 corresponde a usuarias adolescentes; en el 2007 de un total de 1602 usuarias de preservativos, un 90.94 corresponde a usuarias adolescentes y en el 2008 de un total de 359 madres lactantes, un 22.28% de madres adolescentes lactantes lo usan como método anticonceptivo, siendo su segunda alternativa el uso de DIU(12.56%). En general de un total de 52057 usuarias de métodos anticonceptivos, hay 6657(12.79%) usuarias adolescentes de métodos anticonceptivos entre los 4 años del 2005 al 2008 (ver gráfica 15).

Tabla N° 20
Métodos de Planificación Familiar entre el 2005 al 2008.

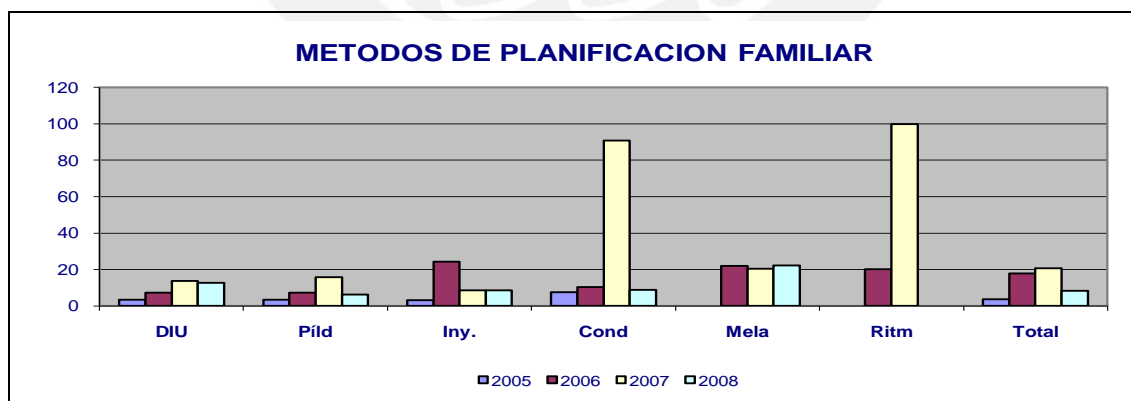
Años	2005			2006			2007			2008		
	Mét.	Total	Adol esc	%adole scentes	Total	Adoles	%adole	Total	Adoles	%adole	Total	Adoles
DIU	178	6	3.37	194	14	7.21	214	29	13.55	179	13	12.56
Píld	3187	106	3.32	3445	247	7.16	3933	623	15.84	3093	191	6.17
Iny.	7880	242	3.07	7508	1812	24.13	7468	637	8.52	6988	595	8.51
Cond	1484	111	7.47	1426	146	10.23	1602	1457	90.94	2125	188	8.84
Mela	s/r	s/r	s/r	491	108	21.99	245	50	20.40	359	80	22.28
Ritm	s/r	s/r	s/r	5	1	20.00	1	1	100	22	-	-
Total	12729	465	3.65	13069	2328	17.81	13463	2797	20.77	12766	1067	8.35
T. total	Total Usuarías 52027		Total Adolescentes 6657		% Total de Adolescentes que usaron métodos de planificación familiar, en los 4 años (2005 al 2008) 12.79							

Fuente: Información facilitado por la unidad estadística del HH, 2008 (s/r=sin reporte y --cero).

Total de Consejería en el Hospital de Huaycán										
	Total		2005		2006		2007		2008	
	T. total	%Adolescentes	Total	Adolesc.	Total	Adolesc	Total	Adolesc	Total	Adolesc.
Varón	18	33.33	s/r	s/r	-	-	9	2	9	4
Mujer	2260	19.73	s/r	s/r	593	110	821	120	846	216
Total	2278	19.84	s/r	s/r	593	110	830	122	855	220

Fuente: Información facilitado por la unidad estadística del HH, 2008 (s/r=sin reporte y --cero).

Gráfica N° 15
Métodos de Planificación Familiar en Huaycán, el 2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística del HH. 2009

Asimismo, en lo que compete a la labor de consejería a adolescentes, se tiene mayor concurrencia a los servicios de planificación familiar, a mujeres adolescentes; labor preventiva que fue incrementándose a partir del 2007 a la fecha. Y analizando los 4 años, hubo un total de 2278(19.84%) adolescentes que acudieron a los servicios en busca de consejería en planificación familiar.

3.4.3.3 PROGRAMA PREVENTIVO DE ITS, VIH/SIDA

Programa que aún viene implementándose, por lo que ha tenido diferentes grados de desarrollo y no cuentan aún con una cobertura nacional uniforme en sus actividades preventivo-promocionales y de servicios. Y Huaycán también sufre la misma deficiencia.

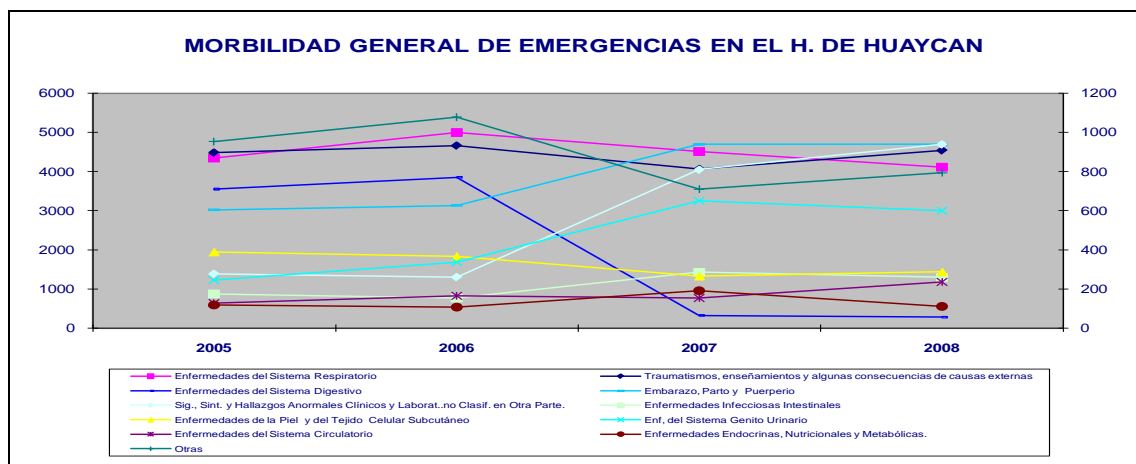
3.4.3.4 PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (Ca Cu)

Es posible que la falta de asignación presupuestal haya impedido su implementación estructural tanto a nivel central como nacional, limitándose a desarrollar incipientes actividades de despistaje por PAP en los servicios del PSSR (de planificación familiar y de atención materna), y en campañas masivas de atención integral; con la salvedad de obtener los resultados de la toma de muestras en un tiempo de mas de 15 días y hasta de 1 mes, algo que aun causa insatisfacción y malestar en los/las usuarias(os) del HH.

En el programa del Hospital de Huaycán, en el 2008 hay un informe de toma de muestras PAP que equivale a 361 despistajes, siendo 9 (2.49%) las muestras tomadas en adolescentes. Es preciso aclarar, que toda usuaria que asiste al programa prenatal en su primera cita, debe de indicársele la toma de PAP prioritariamente. La data en Huaycán no ayuda, pues pareciera que no se le toman las muestras de PAP a todas las mujeres embarazadas en su primera ni en su posterior cita, salvo indicaciones ginecológicas ó que talvez no cumplieron las indicaciones y/o ingresaron al servicio por emergencia, etc., etc. de otro lado, en estos últimos años, ante el incremento del Ca de mamas (cáncer de mamas) se vienen implementando con fuerza actividades de descarte, en diversas campañas promocionales y en los consultorios externos se viene asesorando la auto evaluación, consejería que es brindada en los servicios de obstetricia y ginecología. Y de encontrarse algún indicativo de Ca en alguna paciente, entonces éstas son referidas a otros hospitales de mayor complejidad, para evaluaciones y descartes respectivos.

3.4.3.5 OTRAS ESTADÍSTICAS

Gráfica N° 16: Morbilidad General en Emergencias del Hospital de Huaycán- 2005 al 2008.



Fuente: Unidad estadística del HH. Elaborado por Ing. Contreras, UNI-2009.

En la **Tabla 21**, se presenta una información relacionada a la Morbilidad y la Mortalidad que se reportan en el HH, la data entre los años 2005 al 2008. De los 10 índices de morbilidad general que ingresan a emergencia al HH, SSR (embarazo, parto y puerperio) ocupa el 4to lugar de emergencia de la institución, data que coincide en los 4 últimos años (del 2005 al 2008). (Ver tabla N° 21).

Tabla N° 21
Morbilidad general de Emergencias del Hospital de Huaycán.

N°	CAUSAS	2005	2006	2007	2008
1	Enfermedades del Sistema Respiratorio	4344	4997	4507	4108
2	Traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas	4484	4663	4065	4540
3	Enfermedades del Sistema Digestivo	3550	3852	328	286
4	Embarazo, Parto y Puerperio	3022	3132	4697	4697
5	Sig., Sint. y Hallazgos Anormales Clínicos y Laborat..no Clasif. en Otra Parte.	1388	1303	4048	4695
6	Enfermedades Infecciosas Intestinales	879	775	1430	1297
7	Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo	390	368	267	289
8	Enf. del Sistema Genito Urinario	246	337	651	600
9	Enfermedades del Sistema Circulatorio	128	165	154	237
10	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas.	120	108	192	112
	Subtotal	18551	19700	20339	20861
	Otras	953	1078	710	794
	Total	19504	20778	21049	21655

Fuente: registro de emergencias, unidad estadística del HH, 2008.

Por otra parte, la **Tabla 22** presente único reporte en el 2008 de muerte registrada, se dieron en total 4 casos de MM en el servicio de obstetricia (complicaciones en el parto y abortos), que inmediatamente fueron referidos al Hospital de Vitarte y al Hospital Hipólito Unánue, sedes de mayor complejidad de atención. Razón por la cual se afirma que no fallecieron en el Hospital pero por ser su sede de origen, se toman como data del HH.

Tabla N° 22
Muerte registrada por servicio en el HH.

SERVICIOS	NÚMERO	%
Neonatología (Óbitos)	11	65%
Pediatría (Muertes perinatales)	2	12%
Obstetricia	4	23%
Total	17	100%

Fuente: Egresos Hospitalarios, Elaborado: Unidad de Estadística HH.2008.

Nota: Las Muertes maternas no ocurrieron en el Hospital de Huaycán, pero se contabiliza al Hospital porque el paciente pertenecía a ésta Jurisdicción

3.5 ANÁLISIS DE LOS ACTORES Y/O ALIADOS ESTRATÉGICOS EN LA COMUNIDAD URBANA AUTOGESTIONARIA DE HUAYCÁN (CUAH)

La participación es un proceso a través del cual los actores (stakeholders) influyen y comparten el control sobre las iniciativas de desarrollo y sobre los recursos que les afectan. Banco Mundial, 1994.

3.5.1 LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO Y LA SOCIEDAD CIVIL EN EL PAÍS

En general existen múltiples sectores en el Perú gracias a iniciativas internacionales que pueden interconectarse y trabajar en red, como lo hacen para otros temas como violencia y lucha por la pobreza por ejemplo. Es nuestro interés que también se organicen, interactúen, coordinen y tomen acciones conjuntas, integradas y concertadas sobre acciones que beneficien a la población adolescente en temas de SSR, por ejemplo.

3.5.1.1 INSTITUCIONES Y SOCIEDAD CIVIL

A la fecha la Sociedad Civil²³⁸ e instituciones que participan en Huaycán son:

- **MIMDES.-** El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; en materia de políticas de Estado para Adolescentes y de su articulación intersectorial y multisectorial, así como de su descentralización, el MIMDES es el órgano rector y responsable del Sistema Nacional. Los lineamientos y programas de sectores del Estado, como salud, educación, justicia, etc., deben ser congruentes con la política nacional de Estado que se expresa en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002 –2010. En Huaycán está representado por Wawawasis por ejemplo.
- **MINJU.-** Ministerio de justicia, que a través del Ministerio público desarrolla una serie de acciones. A la fecha el Ministerio Público cuenta con 56 fiscalías provinciales de familia a nivel nacional y una fiscalía superior. En todo el Perú existen sólo 118 Fiscales de Familia, 56 fiscales provinciales y 60 fiscales adjuntos provinciales. Un fiscal superior y un fiscal adjunto superior. Esta instancia es la encargada de proteger los derechos de niños y adolescentes que el Código señala. Las fiscalías penales se encargan de atender los delitos contra la libertad sexual de adolescentes y lo hacen en el mismo espacio de atención a adultos que tienen procesos penales de toda índole. En Huaycán hay una institución del MINJU.
- **MINEDU.-** El sector Educación viene realizando un esfuerzo por fortalecer los espacios de participación de los escolares en las escuelas. Sin embargo, según estudios de La Rosa Huertas; encuentra que: el Programa Nacional de Educación Sexual está debilitado, tal es así que en el 2005 el MINEDU ha capacitado a sólo 200 docentes, en comparación con aproximadamente 10,900 capacitados por año, entre 1996 y 2001. En el 2004 el programa tuvo una asignación de un millón de

²³⁸ Liliana del Carmen la Rosa Huertas. "Derechos sexuales y reproductivos de Adolescentes en el Perú. ¿Cuáles son, cómo se garantizan y cuál es la agenda pendiente". INNOVANDO.2004-2005. Mayor información en págs.90 al 101.

nuevos soles; pero ahora el programa, no tiene asignación específica. Los contenidos educativos de la educación sexual, incluyen la perspectiva de equidad de género, sin embargo, no brinda una educación que reconozca y celebre la diversidad sexual.

- **GL y GR.-** Gobiernos locales y gobiernos regionales, representados a través de las DEMUNAS (1661 instaladas en todo el Perú). En Huaycán hay una agencia DEMUNA.
- **MINSA.-** La estrategia de SSRS del MINSA incluye organizaciones de Adolescentes como parte de su Comité Consultivo, pero esta no es una práctica extendida a la etapa de Vida Adolescente, la estrategia de HIV-SIDA, ESSALUD y la Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales. Ninguna de las instituciones del sector salud cuenta con una instancia de participación de organizaciones de adolescentes en la toma de decisiones. Ni los centros locales de administración de salud (CLAS), incluyen a los adolescentes como parte de las organizaciones sociales miembros.
- **SOCIEDAD CIVIL.-** El Plan nacional se propone el *“Fortalecimiento de la capacidad institucional pública, entendida como resultado de la complementariedad de esfuerzos entre el Estado y la sociedad civil; la concertación y vigilancia social de los derechos, para la transparencia en la gestión pública y la corresponsabilidad en las decisiones; junto con la focalización de las intervenciones en los grupos y regiones excluidas”*. En Lima existen aproximadamente diez mesas de trabajo relacionadas con el tema, de las cuales no se tiene una evaluación de eficacia, ni de su aporte específico para el avance en el tema, entre ellas se tiene a las Mesa y redes sociales.

3.5.1.2 MESAS Y REDES SOCIALES²³⁹:

- a) La Mesa de Concertación y Lucha contra la pobreza es la organización de la sociedad civil con mayor institucionalización en el país, y que logra convocar a diferentes organizaciones sociales. Es la única mencionada con responsabilidades específicas en el PNAIA.
- b) La Mesa de vigilancia de DSR, reúne un grupo de instituciones e individuos comprometidos con el tema y realizan una continua labor de promoción, denuncia y movilización; en esta mesa participan también algunas ONGs especializadas en DSR de adolescentes.
- c) Mesa de Adolescencia y Juventud, reúne a un grupo de instituciones que laboran con adolescentes y jóvenes.
- d) Mesa única de seguimiento de los compromisos internacionales sobre derechos de las mujeres.
- e) Mesa multisectorial de las escuelas promotoras de la salud.
- f) Mesa nacional de concertación para la promoción de EVS, prevención y atención del uso indebido de alcohol y tabaco.
- g) Red de Educación de la niña – Florecer. DSR de Adolescentes en el Perú
- h) Red de Lucha contra el SIDA. Reúne a diferentes ONG especializadas en el área.
- i) Mesa de trabajo interinstitucional sobre el servicio de Defensorías del Niño y el Adolescente.

²³⁹ Revista informativa de DEMUNA de Huaycán, departamento de Psicología, 2008.

j) Mesa interinstitucional contra la Explotación Sexual Infantil y Adolescente.

Las Redes de organizaciones juveniles²⁴⁰ que apoyan al cumplimiento de los derechos SSR de niños (as) y adolescentes, tales como: Red juvenil de lucha contra el Sida; Red juvenil de Derechos Humanos; Red Inter. Quórum, Comité de agrupaciones juveniles; ONGs: IES- Kallpa- Manuela Ramos- Flora Trustán- INPPARES- CEDRO- CEPESJU- FOVIDA- Acción por los Niños- Vía libre; Foro salud; Cooperación técnica: GTZ- UNICEF y UNFPA; Sociedades científicas: Sociedad de Pediatría- Ginecología- de Adolescencia y Juventud- Asoc. Latinoamericana de Ginecología y obstetricia infanto adolescente (ALOGIA) y Universidades: Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)- Universidad de Arequipa (UAP) – Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV)- Universidad Peruana Ricardo Palma (UPRP).

Igualmente; puede contarse con: **a)** Los padres y madres de familia, que a través de las Asociaciones de Padres pueden tratar temas relacionados a los DSR de los/las adolescentes. **b)** Las organizaciones sociales de base (OSB), como los comedores populares, vaso de leche, organizaciones vecinales, que puedan proteger los DSR de los adolescentes. **c)** Movimientos conservadores, como la Iglesia Católica y el movimiento denominado ProVida. **d)** Los medios de comunicación social, que también pueden participar en acciones beneficiosas para todas y todos los/las adolescentes del país.

3.5.2 ¿PORQUÉ Y PARA QUÉ LAS ALIANZAS POLÍTICAS DE ADOLESCENTES?

El porqué de las alianzas en las políticas de la adolescencia es para: **a)** Movilizar recursos para la promoción de la salud. **b)** Acumular conocimientos y permitir el aprendizaje compartido. **c)** Promover la participación colectiva para resolución de problemas en salud. y **d)** Fomentar la transparencia y la responsabilidad compartida en la implementación, desarrollo y evaluación de las políticas públicas.

3.5.3 ¿TIENEN LOS/LAS ADOLESCENTES LA OPORTUNIDAD DE INTERACTUAR CON LA SOCIEDAD CIVIL?

Los y las adolescentes de esta población si pueden tener la oportunidad con: **a)** Con la descentralización **b)** Con la democracia local **c)** Con la maduración ciudadana **d)** Con la democratización de las decisiones **e)** Con la mayor exigencia de calidad de vida y **f)** Con la comprensión de la importancia de preservar la salud y el ambiente

3.5.4 PRESENCIA DE LA MESA DE CONCERTACIÓN EN HUAYCÁN²⁴¹

Luego de ver que existe una serie de Instituciones de la Sociedad Civil a nivel nacional, veamos ahora el accionar de estos organismos en Huaycán.

²⁴⁰ Liliana del Carmen la Rosa Huertas. "Derechos sexuales y reproductivos de Adolescentes en el Perú. ¿Cuáles son, cómo se garantizan y cuál es la agenda pendiente". INNOVANDO.2004-2005. pág. 101.

²⁴¹ Informe de DEMUNA de la agencia Municipal de Huaycán, 2008.

En Huaycán a raíz de la violencia terrorista, desde los 90, muchas ONGs han ido instalándose en la localidad, quiénes vienen trabajando en red, siendo su principal preocupación “la lucha por la pobreza y la lucha por la violencia familiar”. Veamos la principal fuerza posicionada en Huaycán: La mesa de concertación. La Mesa de Concertación es un espacio de concertación integrado por Instituciones del Estado, del Gobierno local, la Iglesia y la Sociedad Civil para desarrollar un trabajo articulado frente a la prevención y la atención de la violencia familiar y la promoción de los derechos fundamentales de las personas.

La Mesa de concertación nace el año 2002 como un esfuerzo de la Oficina de Conciliación del Módulo Básico de Justicia de Huaycán, por encargo del Ministerio de Justicia, cuyo objetivo fue incorporar a las instituciones públicas y privadas para sumar esfuerzos y establecer estrategias que permitan reducir el alto índice de violencia en Huaycán, teniendo en principio a 8 instituciones comprometidas. Actualmente, la Mesa de concertación se organiza a partir de Comisiones de trabajo y un comité directivo elegido cada año e integrado por instituciones públicas y privadas. La forma en como se organizan es la siguiente:

- **Visión.-** Ser una Mesa de articulación interinstitucional para contribuir a la disminución de la violencia familiar, maltrato y abuso sexual y la promoción de los derechos de la persona.
- **Misión.-** Son instituciones públicas, privada y comunitarias que trabajan por los derechos fundamentales de la persona y contra la violencia familiar para mejorar la calidad de vida de la comunidad de Huaycán, promoviendo una cultura de paz.
- **Líneas de trabajo.-** han conformado Comisiones de trabajo para el cumplimiento de las actividades contempladas en el Plan.
- **Comisión de Fortalecimiento.-** Tiene como función establecer coordinaciones fluidas con los organismos auxiliares y de administración de justicia del territorio. Integran esta Comisión Pastoral social: la PARROQUIA SAN ANDRES, DEMUNA de Huaycán, SAMUSOCIAL PERU Y ASPEm.
- **Mesa de Atención.-** encargada de promover una mejor calidad de los servicios institucionales de Huaycán para la atención de la violencia familiar, maltrato y abuso sexual que se brindan en el territorio. Se promueve el sistema de registro de derivaciones y seguimiento de los casos atendidos y se programan procesos de capacitación dirigido a los operadores de los servicios, principalmente de los sectores públicos. Integran la Comisión: AGAPE, ASPEM, CEDAPP, Comisaría de Huaycán, CEPRODEP, Hospital de Huaycán, SAMUSOCIAL Perú Y DEMUNA.
- **Comisión de Sensibilización.-** Con una labor de información, educación y difusión para la prevención de la problemática de violencia familiar, maltrato y abuso sexual. A través de esta comisión se realizan acciones como difusión de cuñas radiales, información por medios impresos, movilización como pasacalles o ferias, con la finalidad de hacer llegar a la población mensajes dirigidos para la prevención y orientación frente a la violencia familiar. Integran la Comisión en Huaycán: AGAPE, CENDIPP, CARITAS, LIMPAL, Parroquia San Andrés de Montfor, Biblioteca parroquial, Diócesis de chosica, CEDAPP S.E.A, RED SUMAC WARMI Y WARMI WASI.

- **Incidencia Pública e incidencia Política.-** Se relaciona con la ciudadanía para incorporar su experiencia en la agenda pública local e incidir en las esferas (personas e instituciones que tienen poder de decisión sobre la problemática de la violencia que afecta a los pobladores de Huaycán) y conjuntamente con ellos realizan esfuerzos planificados en busca de la resolución de estos problemas a través de cambios en políticas y programas ante el gobierno central y local.
- **Integrantes del sector Gubernamental.-** DEMUNA – Hospital de Huaycán – Comisaría PNP de Huaycán– WAWAWASI, MIMDES.
- **Integrantes del Sector No Gubernamental.-** AGAPE – ASPEm – CEDAPP- CEPRODEP – CENDIPP- Diócesis de Chosica-. CARITAS-Biblioteca parroquial – INTSOL- LIMPAL PERÚ- Parroquia San Andrés de Montfort– SAMUSOCIAL – SEA – RED SUMAC WARMI Y WARMI WASI.²⁴²
- **Integrantes de la CUAH.-** Secretario general, Vaso de leche – Comedores populares y Club de madres de la CUAH.²⁴³

3.5.5 REDES LOCALES Y REDES JUVENILES EN HUAYCÁN²⁴⁴

3.5.5.1 Redes locales y del Municipio a favor de la violencia familiar.- Pese a la importancia de esta institución, salta a la vista, que no se ha desarrollado una relación entre la red y el municipio, para comprobar que el fenómeno de verticalidad y concentración del poder al interior del aparato administrativo del programa cobró su mayor precio a nivel local. Es evidente, que sus actividades específicas no han llegado a ninguna coordinación real con las que despliegan los municipios.

3.5.5.2 Redes institucionales en la comunidad de Huaycán: CEM-Ate, Comisaría de Huaycán, Demuna de Huaycán, Hospital de Huaycán, Parroquia San Andrés de Montfort, Ministerio Público, Fiscalía de la Nación, Programa nacional Wawawasi (casa de bebés); CEPRODEP; Instituto del desarrollo solidario (INPET), CEDAP, CENDIPP, Asociación AGAPE, ASPEM, CPDAAJ, Integración y solidaridad (INTSO), Red Sumac Warmi, SAMUSOCIAL, Warmi Huasi, Comunidad urbana autogestionaria de Huaycán (CUAH). Local comunal al servicio de todos los pobladores²⁴⁵ de Huaycán (agrupados: comunidad, dirigentes de vaso de leche y dirigentes de comedores populares).

En general, mi percepción, sobre las instituciones civiles de Huaycán, es bastante insatisfactoria, dado que la duda y certeza que tenía sobre las “ausencias ó nulas participaciones” de éstas instituciones en Huaycán, hoy a raíz del trabajo de investigación puedo corroborarlo y tengo la seguridad de afirmar, que es poco lo que hacen, participan o hacen participar a la comunidad. Más parece que no hay una coordinación de calidad, salvo meros encuentros de “compromiso” en ocasiones especiales (como aniversarios ó cuando pasa algún suceso de trascendencia como violaciones o muertes maternas por causas de violencia familiar o de abuso sexual). Alerta y punto a trabajar en esta comunidad.

²⁴² DEMUNA –Redes de Huaycán, según los reportes de DEMUNA Huaycán, -2006-2007

²⁴³ CUAH - Informe verbal de Srita. Maximina Pérez (secretaria comunal)

²⁴⁴ Información facilitada por DEMUNA HUAYCÁN, agencia municipal de Ate vitarte, 2008.

²⁴⁵ Información directa: Dirigentes de la Mesa de Concertación, Asistente Social. Señorita Mary y Sr. Julián Arce de la CUAH, 2008.

CAPITULO IV

RESULTADO POR OBJETIVOS: PERSPECTIVAS DE LOS/LAS ADOLESCENTES+PROVEEDOR+SOCIEDAD CIVIL

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos de la encuesta aplicada en el Hospital de Huaycán. El primer objetivo busca medir y hacer un comparativo entre usuario y no usuario sobre el grado de conocimientos y las actitudes respecto a su SSR; además de conocer su grado de satisfacción en cuanto a la atención recibida en el Hospital de Huaycán. Mientras que el segundo objetivo busca conocer el grado de conocimientos y el manejo del programa de SSR por parte de los profesionales de la salud. Y finalmente, el tercer objetivo busca conocer el interés y los mecanismos de coordinación por parte de los representantes de la sociedad civil en su accionar con la gente del MINSA. Todos en conjunto intervienen y contribuyen en la mejora de la calidad de los servicios del programa de SSR. En general, se pretende evaluar el PSSR, y para ello se tiene la data del 2005 al 2008 (ver capítulo III) y se confronta con información actualizada del 2009 (a través de encuestas y entrevistas, desarrolladas en este capítulo IV). Y averiguar: ¿Cómo va el programa de SSR? ¿Qué cambios pueden implementarse para su mejoría?

Los tres resultados por objetivos planteados toman como referencia y guía los cuestionarios elaborados para este trabajo, las mismas que pueden corroborarse en el anexo 1,2 y 3 respectivamente. Veamos:

4.1. OBJETIVO 1: Determinar los medios que influyen en la calidad de los servicios del Programa de Salud Sexual y reproductiva (PSSR), desde la perspectiva de los y las usuarios(as) adolescentes. Donde se busca identificar el nivel de conocimientos el tipo de actitud de los y las adolescentes que influyen en la calidad de los servicios del PSSR.

Se realizó un perfil sociodemográfico, medición del nivel de conocimientos y las actitudes sobre la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes usuarios(as) y no usuarios(as) del Hospital de Huaycán; teniendo en cuenta la información obtenida del cuestionario N° 1, del anexo 1.

4.1.1 DATOS GENERALES DE ADOLESCENTES

La **Tabla 23** muestra la Frecuencias y porcentajes de adolescentes usuarios (as) usuarios (as) del PSSR del Hospital de Huaycán según su grado de estudio, edad y sexo. Donde se muestra que el 75% (n=15) de

las/los adolescentes son del sexo femenino y el 25% (n=5) corresponden al grupo de adolescentes del sexo masculino.

Muestra además que un 55% (n=11) de los encuestados corresponde al grupo de adolescentes que cursan el nivel secundario, de los cuales el 50% (n=10) están las adolescentes mujeres y un 5% (n=1) son los adolescentes varones. De este subgrupo: nivel secundario: se ve que el 20% (n=4) son adolescentes de 15 años que cursan el nivel secundario; el 5% (n=1) tiene 16 años, el 10% (n=2) tiene 17 años; el 15% (n=3) tiene 18 años y el 5% (n=1) tiene 19 años. En el subgrupo de otros (se encuentra los que han dejado de estudiar por motivos laborales o por problemas de embarazo y ya conviven) se tiene que: el 5% (n=1) tiene 15 años, el 5% (n=1) tiene 17 años, el 20% (n=4) tiene 18 años y el 15% (n=3) tiene 19 años.

Tabla N° 23

Frecuencias y porcentajes de adolescentes usuarios (as) usuarios (as) del PSSR del Hospital de Huaycán según su grado de estudio, edad y sexo.

GRADO DE ESTUDIO	EDAD	SEXO					
		FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	14	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	16	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	17	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	18	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	19	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Sub. total		0	0.00	0	0.00	0	0.00
Secundaria	14	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15	3	15.00	1	5.00	4	20.00
	16	1	5.00	0	0.00	1	5.00
	17	2	10.00	0	0.00	2	10.00
	18	3	15.00	0	0.00	3	15.00
	19	1	5.00	0	0.00	1	5.00
Sub. total		10	50.00	1	5.00	11	55.00
Otro	14	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15	1	5.00	0	0.00	1	5.00
	16	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	17	1	5.00	0	0.00	1	5.00
	18	1	5.00	3	15.00	4	20.00
	19	2	10.00	1	5.00	3	15.00
Sub. total		5	25.00	4	20.00	9	45.00
TOTAL		15	75.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 24** muestra las Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes según su Edad, su Dependencia económica y su Lugar de nacimiento. Donde se observa que el 40% (n=8) de los/las adolescentes trabajan y se mantienen de forma independiente; de los cuales el 25% (n=5) tienen entre 18 a 19 años, el 10% (n=2) tienen entre 16 a 17 años y el 5% (n=1) tienen entre 14 a 15 años. Asimismo, hay un 30% (n=6) de los/las adolescentes que dependen económicamente de sus padres: el 15% (n=3) tienen entre 14 a 15 años y el otro 15% (n=3) tienen entre 18 a 19 años. El 25% (n=5) las adolescentes dependen de sus parejas: donde el 15% (n=3) tienen entre 18 a 19 años y el 10% (n=2) tienen entre 16 a 17 años. Y hay una adolescente (5%) de 15 años que depende económicamente de sus abuelos, porque sus padres la abandonaron.

Sobre el lugar de nacimiento, vemos que el 55% (n=11) de los/las adolescentes son nacidos en Lima y el 45% (n=9) son nacidos en provincias (Junín, Huanuco, Huancavelica). Del grupo de adolescentes de Lima: el 30% (n=6) tienen entre 18 a 19 años, el 20% (n=4) tienen entre 16 a 17 años y el 5% (n=1) tiene 15 años. Del grupo de adolescentes de provincias: el 20% (n=4) tienen 15 años, el 55% (n=1) tiene 16 años y el 20% (n=4) tienen entre 18 a 19 años.

Tabla N° 24

Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes según Edad, Dependencia Económica y Lugar Nacim.

Edad	Dependencia económica										Lugar de nacimiento			
	pareja		padres		independ		Otros		Total		Lima		Prov.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
14-15	0	0.00	3	15.00	1	5.00	1	5.00	5	25.00	1	5.00	4	20.00
16-17	2	10.00	0	0.00	2	10.00	0	0.00	4	20.00	4	20.00	1	5.00
18-19	3	15.00	3	15.00	5	25.00	0	0.00	11	55.00	6	30.00	4	20.00
Total	5	25.00	6	30.00	8	40.00	1	5.00	20	100.00	11	55.00	9	45.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 25** muestra las Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes según la Situación civil y la Relación afectiva de los Padres. En general, sobre el estado civil de los padres de los/las adolescentes: vemos que el 30% (n=6) son casados, el 35% (n=7) son convivientes y otro 35% (n=7) están separados.

La relación afectiva de estos padres: hay un 45% (n=9) cuyos padres no se llevan bien pero se toleran; un 20% (n=4) de los padres tienen buena relación y son comunicativos; un 15% (n=3) de estos padres no se relacionan y casi no se hablan; un 10% (n=2) pelean constantemente de forma verbal y un 10% (n=2) de estos padres siempre pelean y llegan a los golpes. Sobre las buenas relaciones y comunicación de los padres: el 10% (n=2) son casados y el otro 10% (n=2) son convivientes. Respecto a que no se llevan bien pero se toleran: el 25% (n=5) son convivientes, el 15% (n=3) están casados y el 5% (n=1) están separados. En casi no se relacionan y casi ni se hablan: el 15% (n=3) están en condición de separados. En pelean constantemente de forma verbal: el 5% (n=1) son casados y el otro 5% (n=1) son separados. Y en siempre pelean y llegan a los golpes corresponde al 10% (n=2).

Tabla N° 25

Frecuencias y Porcentajes de Adolescentes según la Situación civil y la Relación afectiva de Padres.

Situac. Civil padres	Relación afectiva de los padres de los y las adolescentes											
	Buena relac.		No se llevan pero toleran		Casi no se hablan		Peleas verbales		Peleas con golpes		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
casado	2	10.00	3	15.00	0	0.00	1	5.00	0	0.00	6	30.00
Conviv.	2	10.00	5	25.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	35.00
separado	0	0.00	1	5.00	3	15.00	1	5.00	2	10.00	7	35.00
Divorc.	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Otro	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	4	20.00	9	45.00	3	15.00	2	10.00	2	10.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 26** muestra la Recepción de información de los y las adolescentes sobre SSR, donde el 95% (n=19) de los y las adolescentes han recibido información sobre salud sexual y reproductiva y sólo el 5% (n=1) no recibió ningún tipo de información sobre SSR.

Tabla 26

Recepción de información de los y las adolescentes sobre SSR.

Recibió información sobre SSR	N°	%
Si	19	95.00
No	1	5.00
Total	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

4.1.2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS/LAS ADOLESCENTES SOBRE SSR

La **Tabla 27** muestra las Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según el Nivel de conocimientos sobre SSR en el Hospital de Huaycán (HH); donde se observa que el 50% (n=10) de los y las adolescentes se encuentran en nivel medio, el 45% (n=9) están en nivel bajo y el 5% (n=1) está en nivel alto. Así:

Tabla n° 27

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según "Nivel de conocimientos sobre la SSR".

Nivel de conocimientos	Total	
	N°	%
Alto (22-26 puntos)	1	5.00
Medio (17-21 puntos)	10	50.00
Bajo (0-16 puntos)	9	45.00
Total	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 28** muestra las Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según las Actitudes en SSR en el Hospital de Huaycán (HH); donde el 50% (n=10) presentan una actitud indiferente sobre su SSR, el 25% (n=5) presentan una actitud positiva y el otro 25% (n=5) presentan una actitud negativa. Así:

Tabla n° 28

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según las “Actitudes en SSR”.

Actitudes en SSR	Total	
	Nº	%
Positiva (83-100 puntos)	5	25.00
Indiferente (70-82 puntos)	10	50.00
Negativo (20-69 puntos)	5	25.00
Total	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 29** muestra las Frecuencias y porcentajes de los/las adolescentes según el Nivel de Conocimientos y las Actitudes en Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Donde se puede apreciar que, el 50% (n=10) de adolescentes que presentan un nivel medio de conocimientos: el 5% (n=1) tiene actitud positiva, el 30% (n=6) tiene actitud indiferente y el 15% (n=2) presentan una actitud negativa. Del 45% (n=9) de adolescentes que presentan un nivel bajo de conocimientos: el 15% (n=3) tiene actitud positiva, el 20% (n=4) tiene actitud indiferente y el 10% (n=2) presentan una actitud negativa. Y sólo el 5% (n=1) de adolescentes que presentan un nivel alto de conocimientos tiene una actitud positiva. (Ver gráfica 17).

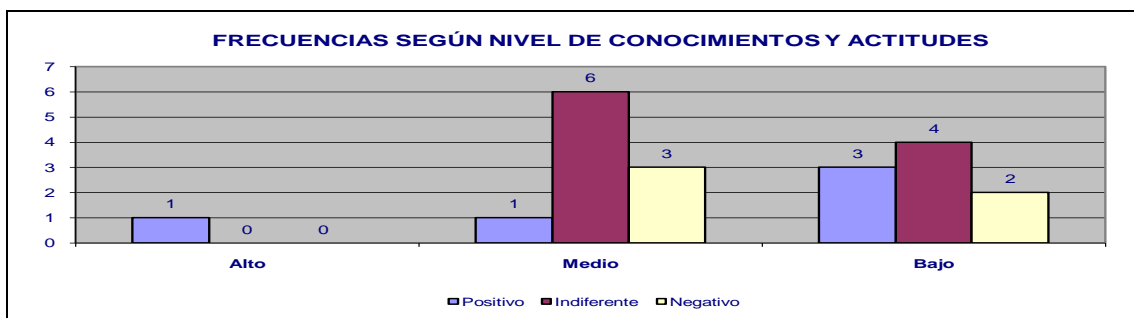
Tabla n° 29

Frecuencias y porcentajes de adolescentes según “Nivel de Conocimientos y las Actitudes en SSR”.

Conocim/ actitud	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	1	5.00	0	0.00	0	0.00	1	5.00
Medio	1	5.00	6	30.00	3	15.00	10	50.00
Bajo	3	15.00	4	20.00	2	10.00	9	45.00
Total	5	25.00	10	50.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 17: “Nivel de Conocimientos y las Actitudes en SSR”



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 30** muestra los Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la condición de Atención (Usuarios/no usuarios) y el Nivel de Conocimientos sobre SSR en el Hospital de Huaycán. Donde se encuesta a un 50% (n=10) de usuarios(as) y a otro 50% (n=10) de No usuarios(as) del PSSR. Del 50% (n=10) de adolescentes en nivel medio de conocimientos; el 25% (n=5) son no usuarios(as) y el otro 25% (n=5) son Usuarios (as). Del 45% (n=9) de adolescentes en nivel bajo de conocimientos; el 25% (n=5) son usuarios(as) y el otro 20% (n=4) son no usuarios (as). Y el 5% (n=1) de adolescentes con nivel alto de conocimientos corresponde al grupo de no usuario. (ver gráfica 18).

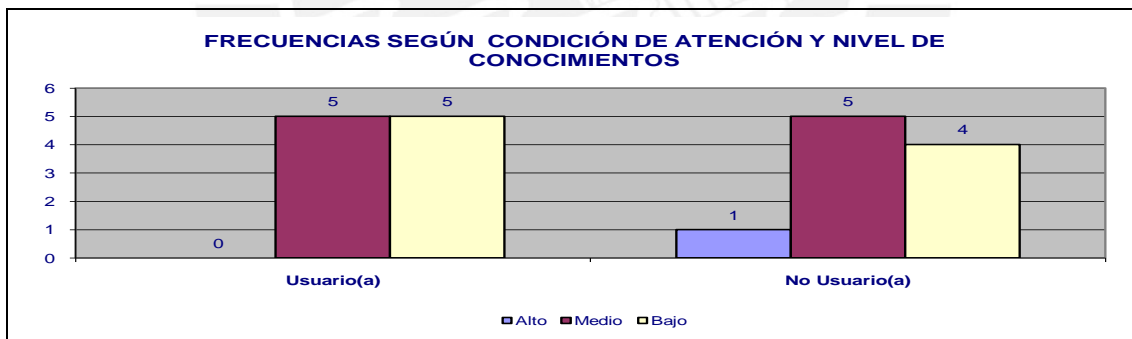
Tabla n° 30

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la “Condición de Atención y el Nivel de Conocimientos sobre SSR”.

Usuario	Nivel de conocimientos sobre SSR							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Usuario(a)	0	0.00	5	25.00	5	25.00	10	50.00
No Usuario(a)	1	5.00	5	25.00	4	20.00	10	50.00
Total	1	5.00	10	50.00	9	45.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 18: “Condición de Atención y el Nivel de Conocimientos sobre SSR”



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 31** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según el Sexo y el Nivel de Conocimientos sobre SSR en el Hospital de Huaycán. Donde se muestra que del 75% (n=15) de adolescentes del sexo femenino: el 40% (n=8) corresponden al nivel bajo de conocimientos y el 35% (n=7) corresponden al nivel medio de conocimientos. Y del 25% (n=5) de adolescentes del sexo masculino: el 15% (n=3) corresponden al nivel medio de conocimientos, el 55 (n=1) corresponde al nivel bajo de conocimientos y el otro 5% (n=1) corresponde al nivel alto de conocimientos.

Ver además gráfica 19.

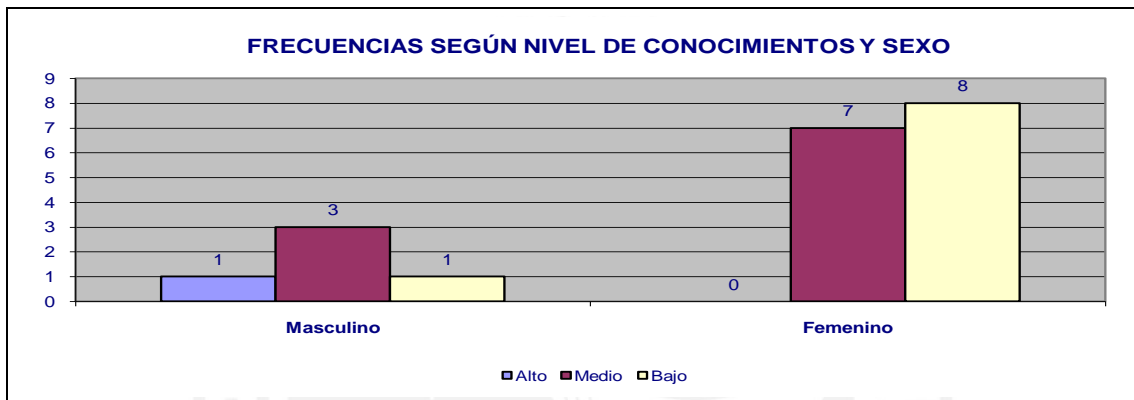
Tabla n° 31

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según el “Sexo y el Nivel de Conocimientos sobre SSR”.

Sexo	Nivel de conocimientos sobre SSR							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	5.00	3	15.00	1	5.00	5	25.00
Femenino	0	0.00	7	35.00	8	40.00	15	75.00
Total	1	5.00	10	50.00	9	45.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 19: “Sexo y el Nivel de Conocimientos sobre SSR”.



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 32** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según la Edad y Nivel de Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. El 50% (n=10) del grupo de adolescentes entre 18-19 años: un 30% (n=6) tienen un nivel medio de conocimientos, un 15% (n=3) tienen nivel bajo de conocimientos y el 5% (n=1) tiene alto conocimiento. El 25% (n=5) del grupo de adolescentes entre 16-17 años: un 15% (n=3) tienen un nivel bajo de conocimientos y el 10% (n=2) tienen nivel medio de conocimientos. Y el 25% (n=5) del grupo de adolescentes entre 14-15 años: un 15% (n=3) tienen un nivel bajo de conocimientos y el 10% (n=2) tienen nivel medio de conocimientos (Ver gráfica 20).

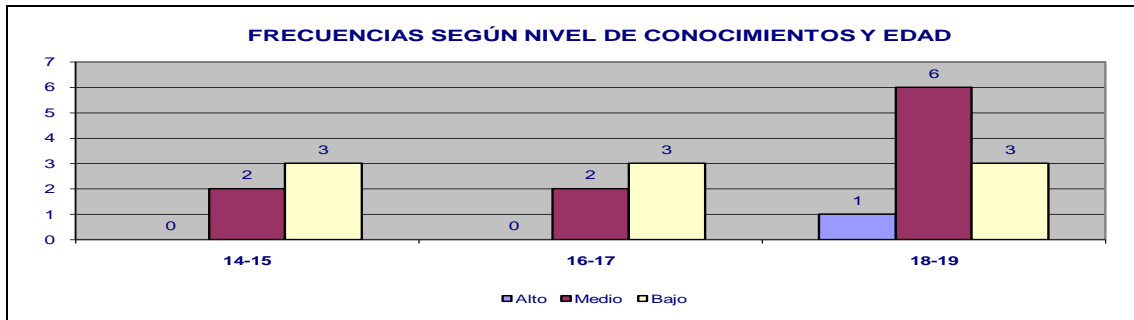
Tabla n° 32

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la “Edad y Nivel de Conocimientos sobre SSR”.

Edad	Nivel de conocimientos sobre SSR							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
14-15	0	0.00	2	10.00	3	15.00	5	25.00
16-17	0	9.00	2	10.00	3	15.00	5	25.00
18-19	1	5.00	6	30.00	3	15.00	10	50.00
Total	1	5.00	10	50.00	9	45.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 20: “Edad y Nivel de Conocimientos sobre SSR”.



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

4.1.3 ACTITUDES DE LOS/LAS ADOLESCENTES SOBRE SSR

La **Tabla 33** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según la condición de atención y la actitud en SSR en el Hospital de Huaycán. Se observa que del 50% (n=10) del grupo de adolescentes No usuarios(as): el 30% (n=6) presenta actitud indiferente, el 15% (n=3) presenta actitud negativa sobre SSR y el 5% (n=1) presenta una actitud positiva sobre SSR. Y sobre los Usuarios(as): el 20% (n=4) presenta actitud indiferente, el otro 20% (n=4) presenta condición positiva y el 10% (n=2) presenta una actitud negativa sobre SSR (Ver gráfica21).

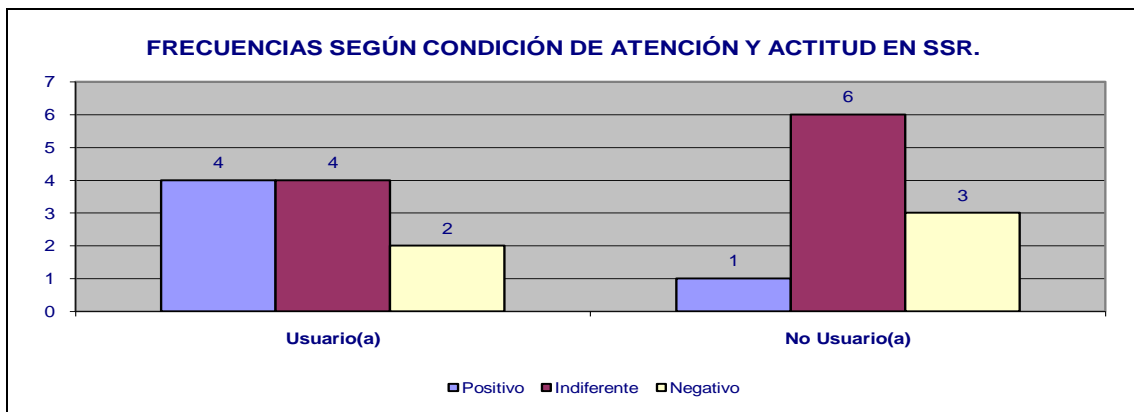
Tabla n° 33

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según “Condición de Atención y la Actitud en SSR”.

Condición	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Usuario(a)	4	20.00	4	20.00	2	10.00	10	50.00
No usuario(a)	1	5.00	6	30.00	3	15.00	10	50.00
Total	5	25.00	10	50.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 21: “Condición de Atención y la Actitud en SSR”.



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 34** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los/las adolescentes según el Sexo y la Actitud en SSR. Donde se observa que del 95% (n=15) de adolescentes mujeres: el 35% (n=7) presentan actitud indiferente en SSR, el 20% (n=4) presentan actitud negativa y otro 20% (n=4) presentan también una actitud positiva en SSR. Y del 25% (n=5) que corresponde a varones encuestados: el 15% (n=3) presentan una actitud indiferente, el 5% (n=1) presenta una actitud negativa y el otro 5% (n=1) presenta una actitud positiva (ver gráfica 22).

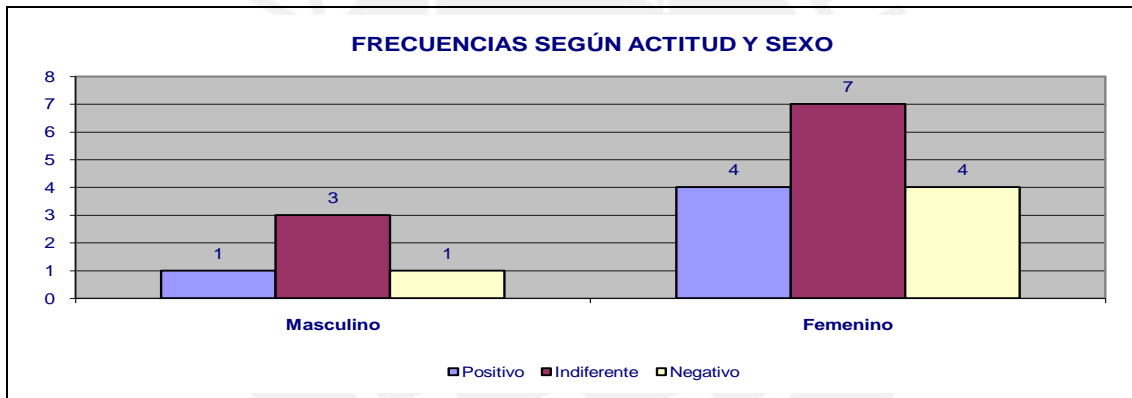
Tabla n° 34

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según el “Sexo y la Actitud en SSR”.

Sexo	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	5.00	3	15.00	1	5.00	5	25.00
Femenino	4	20.00	7	35.00	4	20.00	15	75.00
Total	5	25.00	10	50.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 22: “El Sexo y la Actitud en SSR”.



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 35** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según la Edad y la Actitud en SSR. Donde se aprecia que el 50% (n=10) del grupo de adolescentes entre 18-19 años: el 35% (n=7) presentan una actitud indiferente en SSR, el 10% (n=2) presentan actitud positiva y el 5% (n=1) presenta una actitud negativa para la SSR (ver gráfica 23).

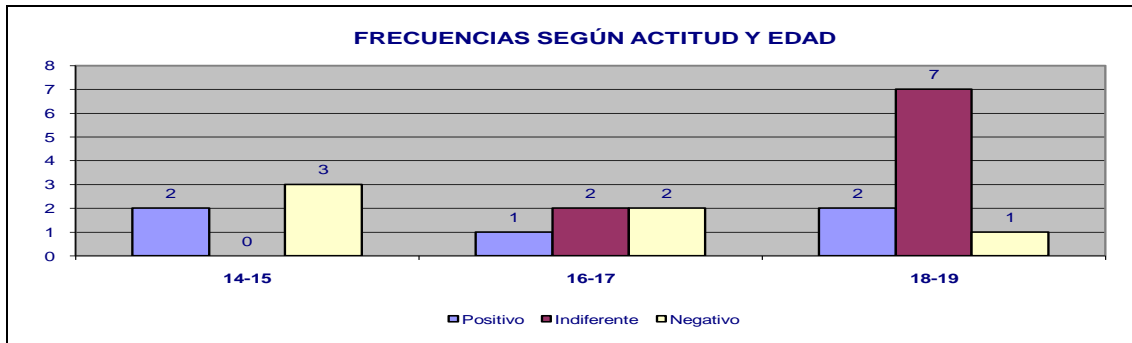
Tabla n° 35

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según “la Edad y la Actitud en SSR”.

Edad	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
14-15	2	10.00	0	0.00	3	25.00	5	25.00
16-17	1	5.00	2	10.00	2	10.00	5	25.00
18-19	2	10.00	7	35.00	1	5.00	10	50.00
Total	5	25.00	9	45.00	6	40.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

Gráfica N° 23: “La Edad y la Actitud en SSR”.



Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 36** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según la procedencia de Información en SSR y el Nivel de Conocimientos sobre SSR en el Hospital de Huaycán.

Donde vemos que el 45% (n=9) del grupo de profesores que contribuyeron en los conocimientos sobre SSR de adolescentes: el 30% (n=6) presentan un nivel medio de conocimientos sobre SSR, el 10% (n=2) presentan un nivel bajo de conocimientos y el 5% (n=1) de adolescentes presenta un nivel alto de conocimientos sobre SSR. El 20% (n=4) del grupo de Madres que contribuyeron en los conocimientos sobre SSR de sus hijos/as adolescentes, presentan un nivel bajo de conocimientos sobre SSR. El 15%(n=3) del grupo de hermanos que contribuyeron en los conocimientos sobre SSR de los/las adolescentes: el 10% (n=2) presentan un nivel bajo de conocimientos sobre SSR y el 5% (n=1) presenta un nivel medio de conocimientos sobre SSR. El otro 15% (n=3) del grupo de proveedores de la salud que contribuyeron en los conocimientos sobre SSR de los/las adolescentes presentan un nivel medio. Y el 5% (n=1) del grupo de amigos de adolescentes que contribuyeron en su nivel de conocimientos sobre SSR presenta un nivel bajo.

Tabla n° 36

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según la “Procedencia de Información en SSR y el Nivel de Conocimientos sobre SSR”.

Informadores	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Padre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Madre	0	0.00	0	0.00	4	20.00	4	20.00
Hermanos	0	0.00	1	5.00	2	10.00	3	15.00
Profesor	1	5.00	6	30.00	2	10.00	9	45.00
Prov. de salud	0	0.00	3	15.00	0	0.00	3	15.00
amigos	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
Libros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Internet	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	1	5.00	10	50.00	9	45.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 37** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según la procedencia de la Información y la Actitud en SSR en el Hospital de Huaycán. Donde se muestra que el 40% (n=8) del grupo de profesores que contribuyeron en las actitudes de los y las adolescentes en SSR: el 25% (n=5) presentan una actitud indiferente en SSR, el 10% (n=2) presentan una actitud negativa en SSR y el 5% (n=1) presenta una actitud positiva en SSR. El 30% (n=6) del grupo de Madres que contribuyeron en las actitudes de sus hijos/as adolescentes: el 20% (n=4) presentan una actitud indiferente en SSR y el 10% (n=2) presentan actitud positiva en SSR.

Tabla n° 37

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según procedencia de Información y la Actitud en SSR.

Informadores	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Padre	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Madre	2	10.00	4	20.00	0	0.00	6	30.00
Hermanos	1	5.00	1	5.00	1	5.00	3	15.00
Profesor	1	5.00	5	25.00	2	10.00	8	40.00
Prov. de salud	1	5.00	0	0.00	1	5.00	2	10.00
amigos	0	0.00	0	0.00	1	5.00	1	5.00
Libros	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Internet	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	5	25.00	10	50.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 38** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según la Relación afectiva de los padres y la Actitud en SSR. Donde se muestra que del 65% (n=13) de padres con regular relación afectiva: el 50% (n=10) de adolescentes tienen una actitud indiferente, el 10% (n=2) de adolescentes tienen una actitud negativa y el 5% (n=1) de estos adolescentes tienen una actitud positiva. El 20% (n=4) del grupo de padres con mala relación afectiva: el 10% (n=2) de adolescentes presentan una actitud negativa y el otro 10% (n=2) de estos adolescentes presentan una actitud positiva. Y el 15% (n=3) del grupo de padres con buena relación afectiva: el 10% (n=2) de adolescentes presentan una actitud positiva y el otro 5% (n=1) de estos adolescentes presentan una actitud negativa en SSR.

Tabla n° 38

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según “Relación afectiva de padres y la Actitud en SSR”

Edad	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Buena	2	10.00	0	0.00	1	5.00	3	15.00
Regular	1	5.00	10	50.00	2	10.00	13	65.00
Mala	2	10.00	0	0.00	2	10.00	4	20.00
Total	5	25.00	10	50.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La **Tabla 39** muestra las Frecuencias y Porcentajes de los y las adolescentes según el Estado civil de sus padres y la Actitud en SSR. Donde se observa que el 65% (n=13) del grupo de padres con pareja marital (incluye casados=6 y convivientes=7): el 35% (n=7) de los/las adolescentes presentan una actitud indiferente en la SSR, el 15% (n=3) de adolescentes presentan una actitud negativa en SSR y el otro 15% (n=3) de adolescentes presentan una actitud positiva en SSR. Y el 35% (n=7) del grupo de padres sin pareja marital (incluye 6 separados y fallecido): el 15% (n=3) de los/las adolescentes presentan una actitud positiva en la SSR, el 10% (n=2) de adolescentes presentan una actitud negativa en SSR y el otro 10% (n=1) de adolescentes presentan una actitud indiferente en SSR.

Tabla n° 39

Frecuencias y Porcentajes de adolescentes según el Estado civil de padres y la Actitud en SSR.

Edad	Positivo		Indiferente		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con pareja marital	3	15.00	7	35.00	3	15.00	13	65.00
Sin pareja marital	3	15.00	2	10.00	2	10.00	7	35.00
Total	6	30.00	9	45.00	5	25.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

4.1.4 NIVEL DE SATISFACCIÓN DE ADOLESCENTES SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN

La **Tabla 40** muestra las Frecuencias y Porcentajes de la Calidad de atención en adolescentes según el grado de Satisfacción y la relación entre la Condición de atención (usuario/a y no usuario/a) sobre los servicios del Hospital de Huaycán. Donde se observa que el 55% (n=11) del grupo de adolescentes que manifiestan un grado regular de satisfacción: el 30% (n=6) son usuarios(as) y el 25% (n=5) son no usuarios/s. El 40% (n=8) del grupo de adolescentes que manifiestan Insatisfacción: el 20% (n=4) son usuarios(as) y el otro 20% (n=2) son no usuarios/s. Y el 5% (n=1) del grupo de adolescentes que manifiestan satisfacción con la calidad de atención recibida es un usuario varón pero no del PSSR sino de la atención recibida en el consultorio de Medicina.

Tabla n° 40

Frecuencias y Porcentajes de la “Calidad de Atención en adolescentes según el grado de Satisfacción y la relación entre la Condición de atención de los servicios del Hospital de Huaycán”.

Grado Satisfacción	Usuarios(as)		No usuarios(as)		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Buena (6 ptos.)	0	0.00	1	5.00	1	5.00
Regular (4-5)	6	30.00	5	25.00	11	55.00
Mala (1-3)	4	20.00	4	20.00	8	40.00
Total	10	50.00	10	50.00	20	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

4.2. OBJETIVO 2: Determinar los medios que influyen en la calidad de los servicios del PSSR, desde la perspectiva de los/las proveedores(as) de salud. Donde se trata de analizar e identificar el manejo adecuado del protocolo de atención en SSR y las competencias profesionales, que influyen en la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.

4.2.1 DATOS GENERALES DE LOS Y LAS PROVEEDORAS(ES) DE SALUD

Los datos generales de los y las proveedores(as) de salud implican analizar: edad, sexo, tiempo de desempeño profesional, tiempo de trabajo en el PSSR, experiencia profesional y capacitaciones recibidas en el 2008 ó capacitaciones recibidas en años anteriores. Los mismos que serán útiles para conocer con que tipo de profesionales se trabaja y así poder identificar cuales son las limitaciones de desempeño laboral, que repercuten en su relación con los/las usuarios (as) y en los resultados finales del PSSR. Así:

La **Tabla 41** muestra las frecuencias y porcentajes de los y las proveedores(as) de la salud según su profesión, edad y sexo. Así, se obtuvo que el 7.19% (n=1) pertenece a una interna de obstetricia²⁴⁶; el 61.53% (n=8) pertenece a 5 diversas profesiones (Ginecólogo, Obstetrix, Enfermera, psicóloga y Técnica de enfermería) y el 30.78%(n=4) pertenece también a 3 profesiones (Médico, Nutricionista y Obstetrix), clasificados según su edad.

TABLA N° 41

Frecuencias y porcentajes de proveedores de salud según su Profesión, Edad y Sexo.

PROFESIÓN	EDAD	SEXO				TOTAL	
		FEMENINO		MASCULINO			
		N°	%	N°	%	N°	%
Int. obstetricia	<33años	1	7.69	0	0.00	1	7.69
Ginecólogo	34-44 años	0	0.00	2	15.38	2	15.38
Obstetrix		3	23.08	0	0.00	3	23.08
Enfermera		1	7.69	0	0.00	1	7.69
Psicóloga		1	7.69	0	0.00	1	7.69
Téc.n.enfermería		1	7.69	0	0.00	1	7.69
subtotal		6	46.15	2	15.38	8	61.53
Obstetrix	>45años	1	7.69	0	0.00	1	7.69
Médico		1	7.69	1	7.69	2	15.38
Nutricionista		1	7.69	0	0.00	1	7.69
subtotal		3	0.00	1	0.00	4	30.78
Total		10	76.92	3	23.08	13	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

²⁴⁶ Es la primera vez en 10 años que no hay presencia de internos de medicina ni de internas de obstetricia, la señorita en mención ya va por su noveno mes, considerando que el internado es de 1 año. Significa esto que hace 1 que el Hospital de Huaycán no convoca o no hay demanda de parte de las Universidades para realizar sus prácticas profesionales en esta sede. Junio del 2009.

Al respecto sobre profesiones, vemos que el 15.38% (n=2) son ginecólogos, 15.38% (n=2) son Médicos y el 30.79% (n=4) corresponde a obstetrices, quienes son los responsables directos del manejo y funcionamiento del programa de salud sexual y reproductiva, los mismos que corresponden al 61.55% (n=8). Además, se encontró que el 76.92% (n=10) pertenece al sexo femenino y el 23.08% (n=3) pertenece al sexo masculino. En cuanto a la edad de los/las proveedores (as) de salud, esta oscila entre 34 y 44 años, teniendo como Media D.S=39 años, que equivalen al 61.53% (n=8); el grupo de menor edad fue 33 años (n=1) que equivale 7.69%. Mientras que en el grupo de proveedores de mayor edad, se encuentran los mayores de 45 años (n=4) que corresponden al 30.78%

La **Tabla 42** muestra las Frecuencias y porcentajes de los/las proveedores de la salud según los años de trabajo como profesionales, luego como profesionales en el PSSR y en los lugares de experiencia profesional. Se puede evidenciar que un 30.79% (n=4) trabajan menos de 10 años, el 53.83% (n=7) trabajan ya entre 11 a 21 años y un 15.3% (n=2) trabajan mas de 22 años como profesionales de la salud. Sobre el tiempo de trabajo como profesionales de la salud en el programa de salud sexual y reproductiva, vemos que el 69.21% (n=9) tienen menos de 10 años trabajando en el programa y el 30.79% (n=4) llevan entre 11 a 20 años trabajando en el programa.

Y en cuanto a los lugares de experiencia profesional de los y las proveedores(as) de la salud; vemos que 13 profesionales han trabajado en 3 sedes (centro salud, Hospital y consultorio particular) y que sólo 2 de los profesionales (1 médico y 1 ginecólogo) han tenido la oportunidad de trabajar, además en Essalud (contratas temporales). De lo que se deduce que casi el 100% (n=13) de los profesionales tienen experiencia laboral en instituciones públicas y privadas del país; habiendo un 67.22% que tienen experiencia entre 11 y más de 21 años.

Tabla N° 42

Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según los años de trabajo como profesionales en general, como profesionales en el PSSR y los lugares de experiencia profesional.

Años labor	Tpo. Lab.		Exp. PSSR		Total		Lugares de experiencia profesional				
	N°	%	N°	%	N°	%	C.S.	Hospital	Essalud	Partic.	Total/%
<10años	4	30.79	9	69.21	13	50.00	13	13	0	13	39(32.77)
11-20ª	7	53.83	4	30.79	11	42.30	13	13	1	13	40(33.61)
>21 años	2	15.3	0	0.00	2	7.70	13	13	1	13	40(33.61)
Total	13	100.00	13	100.00	26	100.0	39	39	2	39	119(100)

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

La **Tabla 43** muestra las Frecuencias y porcentajes de los proveedores de salud según las capacitaciones recibidas entre 1994 al 2007 y en el 2008, además del tiempo de capacitación en temas de SSR para adolescentes. En efecto, entre los años 1994 al 2007 se han capacitado el 61.53% (n=8) profesionales y en el año 2008 se han capacitado el 23.08% (n=3) profesionales. Las capacitaciones reportadas de los 8 profesionales son: 1 Psicólogo, 1 nutricionista, 3 Obstetrices, 2 ginecólogos y 1 médico. Capacitaciones realizadas a iniciativa de ellos mismos, según refirieron en la entrevista. De lo que se deduce que en 15

años sólo se han capacitado en temas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, 18 veces, que equivale al 84.61% (n=11); pero que medidos entre los 15 años, hay un promedio de 5.64% de profesionales que se capacitan al año. El promedio de duración de las capacitaciones es de 1 a 3 días, realizadas en las sedes del MINSA, en la gran mayoría de los casos.

Tabla N° 43

Frecuencias y porcentajes de los proveedores de salud según las capacitaciones recibidas entre 1994 al 2007 y en el 2008, además del tiempo de capacitación en temas de SSR para adolescentes.

Temas en SSR	Número capacitaciones en SSR del adolescente ²⁴⁷								Tiempo de capacitación				
	94-2000		2001-2007		2008		Total		1-3 días		4-7 días		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°/%
Consej.	1	4.10	1	4.10	0	0.00	2	9.40	1	4.73	1	4.73	2/(9.46)
PF	0	0.00	2	8.20	1	7.69	3	14.10	2	9.47	0	0.00	2/(9.47)
CPN	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0/(0.00)
ITS,VIH	1	4.10	3	12.31	0	0.00	4	18.81	2	9.47	2	9.47	4/(18.94)
Educ.sex.	0	0.00	2	8.20	0	0.00	2	9.40	1	4.73	1	4.73	2/(9.46)
Otros	0	0.00	5	20.51	2	15.39	7	32.90	2	9.47	1	4.73	3/(14.20)
Total	2	8.20	13	53.33	3	23.08	18	84.61	8	37.86	5	23.67	13/(61.53)

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

4.2.2 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (PSSR) DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN.

Se hace un comparativo del nivel de conocimientos de los y las proveedores (as) de la salud en relación a su edad, sexo, profesión y las capacitaciones recibidas o no recibidas, las mismas que se verán reflejadas en el manejo adecuado del programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes del Hospital de Huaycán. Veamos:

En la **Tabla 44** se muestra las frecuencias y porcentajes de los/las proveedores/as de la salud según el Nivel de Conocimientos sobre el PSSR para adolescentes del Hospital de Huaycán. Donde el 76.92%(n=10) de los proveedores de salud conocen el programa en un nivel medio, y un 23.08% (n=3) de los proveedores tienen nivel alto de conocimientos sobre el PSSR.

²⁴⁷ Son 13 (100%) entrevistados pero sólo 8 (61.53%) recibieron capacitaciones antes del 2008. De los cuales 4 profesionales se han capacitado indistintamente en 3-4 temas de interés cada uno. Asimismo, de los 13 entrevistados solo 3 profesionales se han capacitado en el 2008.

Tabla N° 44

Frecuencias y porcentajes de proveedores de la Salud según el “Nivel de Conocimientos sobre el PSSR para los/las adolescentes del Hospital de Huaycán”.

Nivel de conocimientos	Total	
	N°	%
Alto (12-14 puntos)	3	23.08
Medio (8-11 puntos)	10	76.92
Bajo (0-7 puntos)	0	0.00
Total	13	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

La **Tabla 45** muestra las Frecuencias y porcentajes de la edad de los/las proveedores(as) de salud y su nivel de conocimientos del protocolo de atención y manejo del PSSR de adolescentes. En efecto se obtuvo, un 61.54% (n=8) de los proveedores de salud con un nivel alto-medio de conocimientos, que oscilan entre los 34 a 44 años; el 7.69% (n=1) de la proveedora de salud con nivel medio de conocimientos tiene menos de 33 años y el 30.77% (n=4) con nivel medio-alto de conocimientos tiene más de 45 años.

Tabla n° 45

Frecuencias y porcentajes de la edad de proveedores(as) de salud y su Nivel de conocimientos del protocolo de atención y manejo del programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes.

Edad	Nivel de Conocimientos de Protocolos de atención y Manejo del PSSR							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<33 años	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69
34-44 a	1	7.69	7	53.85	0	0.00	8	61.54
> 45 años	2	15.38	2	15.38	0	0.00	4	30.77
Total	3	23.08	10	76.92	0	0.00	13	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

La **Tabla 46** muestra las Frecuencias y porcentajes del sexo de los/las proveedores(as) de la salud y el nivel de conocimientos del protocolo de atención y manejo del programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes del Hospital de Huaycán. Donde se muestra que el 76.92% (n=10) de los proveedores (as) de la salud con nivel medio-alto pertenecen al sexo femenino y el 23.08% (n=3) de proveedores con nivel alto de conocimientos en el programa de SSR de adolescentes pertenecen al sexo masculino.

Tabla n° 46

Frecuencias y porcentajes del sexo de proveedores de la salud según el nivel de conocimientos del protocolo de atención y el manejo del PSSR para los y las adolescentes del Hospital Huaycán.

Sexo	Nivel de Conocimientos de Protocolos de atención y Manejo del PSSR							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	1	7.69	2	18.58	0	0.00	3	23.08
Femenino	2	15.39	8	58.34	0	0.00	10	76.92
Total	3	23.08	10	76.92	0	0.00	13	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

La **Tabla 47** muestra las Frecuencias y porcentajes de Proveedores de la salud según la profesión y el nivel de conocimientos del PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán. Donde vemos que de los 13 profesionales, sólo 3 se muestran en nivel alto (1 Médico, 1 ginecólogo y 1 psicólogo) de conocimientos, que equivale al 23.08%. El resto, el 76.92% (n=10) de los/las proveedores (as) tienen nivel medio de conocimientos y manejo de protocolos de consejería en SSR de adolescentes.

Tabla n° 47

Frecuencias y porcentajes de Proveedores de la salud según la profesión y el nivel de conocimientos del PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán.

Profesión	Nivel de Conocimientos de Protocolos de atención y Manejo del PSSR							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	1	7.69	1	7.69	0	0.00	2	15.38
Ginecólogo	1	7.69	1	7.69	0	0.00	2	15.38
Obstetríz	0	0.00	4	30.77	0	0.00	4	30.77
Enfermera	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69
Int.Obstet.	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69
Psicóloga	1	7.69	0	0.00	0	0.00	1	7.69
Nutricionista	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69
Téc.Enfermería	0	0.00	1	7.69	0	0.00	1	7.69
Total	3	23.08	10	76.92	0	0.00	13	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

La **Tabla 48** muestra Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según las capacitaciones y el nivel de conocimientos del PSSR. Donde vemos que el 61.54% (n=8) de los y las proveedores de salud cuentan con capacitaciones y el 38.46% (n=5) no cuentan con capacitaciones en SSR de adolescentes. En ambos casos, el lapso de tiempo observado es 15 años. De los que cuentan con capacitación, 3 corresponden al 2008 y los otros 5 a años anteriores al 2007.

Tabla n° 48

Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según “las capacitaciones y el nivel de Conocimientos del PSSR”.

Sexo	Nivel de Conocimientos							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con capacitación	3	23.08	5	38.46	0	0.00	8	61.54
Sin capacitación	0	0.00	5	38.46	0	0.00	5	38.46
Total	3	23.08	10	76.92	0	0.00	13	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del HH, en junio del 2009.

4.2.3 PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL HUAYCÁN

Shaw (1955, pág. 2-3)²⁴⁸ señala que la validez y el valor del documento personal y las “percepciones” no dependen de su objetividad o veracidad. Por el contrario, lo que se desea es que su historia y opiniones reflejen sus propias actitudes e interpretaciones personales. Las racionalizaciones, las fábulas, los prejuicios, las exageraciones; son tan valiosas como las descripciones objetivas, siempre que, esas reacciones sean adecuadamente identificadas y clasificadas.

La construcción de las percepciones de los y las proveedores (as) de salud, con respecto a los y las usuarias/os y no usuarios/as adolescentes se dan a 2 niveles:

- a) Relación cara a cara con los/las adolescentes y los problemas que éstas (os) tienen, sobre los principales casos que las/los afectan (como por ejemplo, embarazos no deseados y abortos incompletos).
- b) Discursos hegemónicos que se dan con respecto a las/los adolescentes.

Se describe las 6 “opiniones” (ver anexo 2) vertidas por proveedores/as de la salud; “tal cual es”, significa que se respeta y se transcribe en el mismo lenguaje cada una de las opiniones manifestadas. Los temas abordados sobre la SSR fueron: problemática de adolescentes, métodos anticonceptivos en adolescentes, embarazo en adolescentes, abortos, ITS, VIH/SIDA y recomendaciones generales al Hospital de Huaycán; para mejorar la calidad de atención de los servicios del programa de salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes de esta comunidad.

La entrevista completa se transcribe y puede evidenciarse en la sección de anexos (ver anexo 4).

²⁴⁸ Mencionado por S.J. Taylor R. Bogdan. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Nueva York. Septiembre de 1984.

4.3. OBJETIVO 3: Determinar los medios que influyen en la calidad de los servicios del PSSR, desde la perspectiva de los socios estratégicos. Donde se trata de analizar e identificar la influencia de los mecanismos de coordinación entre MINSA y sociedad civil que intervienen en la mejora de la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.

Se ha entrevistado a 10 representantes de la sociedad civil, como: ONG (2), profesores (1), Comisaría (1), DEMUNA (1), Parroquia (1), Emisora radial (1), Secretario general de la CUAH (1), Vaso de Leche (1) y Comedor popular (1). En el estudio, primero se mencionan algunos datos informativos del especialista de la institución; y segundo, se describen las diversas perspectivas de estos especialistas, respecto a la SSR de los y las adolescentes de la comunidad de Huaycán (ver anexos 3 y 5). Así:

4.3.1 INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES DE LOS RESPONSABLES DE LA SOCIEDAD CIVIL DE LA COMUNIDAD DE HUAYCÁN

La **Tabla 49** muestra las Frecuencias y porcentajes de la Sociedad civil según la Profesión, la edad y el sexo de los responsables que intervienen en Huaycán. Se aprecia que el 50% (n=5) de los responsables entrevistados bordean los 30-39 años, el 40% (n=4) de los especialistas cuentan con mas de 40 años y el 10% (n=1) del responsable de la sociedad civil es menor de 29 años (tiene 23 años).

El sexo de estos responsables de la sociedad civil, vemos que el 70% (n=7) de las entrevistadas son mujeres y el 30% (n=3) de los entrevistados son varones. Y respecto a la profesión frecuente de los responsables de sus organizaciones, vemos que el 30% (n=3) de los responsables ejercen como trabajadores sociales, el 20% (n=2) de los responsables de sus organizaciones son amas de casa, el 10%(n=1) es enfermero, otro 10% (n=1) es periodista, un 10% (n=1) es abogada, otro 10% (n=1) es profesor y otro 10% (n=1) es policía.

Tabla n° 49

Frecuencias y porcentajes de la Sociedad Civil según Profesión, edad y sexo de los Responsables.

Profesión del especialista	Edad de responsables de sociedades civiles								Sexo de responsables					
	<29 años		30-39 a		> 40 años		Total		Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermero(a)	1	10.0	0	0.00	0	0.00	1	10.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Periodista	0	0.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Abogado(a)	0	0.00	1	10.0	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Policía	0	0.00	1	10.0	0	0.00	1	10.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Trabaj.social	0	0.00	3	30.0	0	0.00	3	30.0	0	0.00	3	30.0	3	30.00
Profesor(a)	0	0.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00	0	0.00	1	10.0	1	10.00
Ama de casa	0	0.00	0	0.00	2	20.0	2	20.0	0	0.00	2	20.0	2	20.00
Otro	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	1	10.0	5	50.0	4	40.0	10	100.00	3	30.00	7	70.0	10	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a representantes de la Sociedad civil de Huaycán, en junio del 2009.

La **Tabla 50** muestra las Frecuencias y porcentajes de la sociedad civil según el tiempo de intervención como organizaciones en la zona de Huaycán. Se puede observar que el 60% (n=6) de estas organizaciones vienen interviniendo en Huaycán entre 10 a 19 años; siendo la Media=15 años. Y el 40% (n=4) de estas sociedades civiles ya vienen interviniendo en Huaycán mas de 20 años (bordean los 25 años, tiempo de existencia y fundación de Huaycán).

Tabla N° 50

Frecuencias y porcentajes de la Sociedad Civil según el tiempo de intervención en Huaycán.

Sociedad Civil	Tiempo de intervención en Huaycán						Total	
	<9años		10-19años		>20años			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ong	0	0.00	0	0.00	2	20.00	2	20.00
Demuna	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Comisaría	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Colegio	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Parroquia	0	0.00	0	0.00	1		1	10.00
Emisora radial	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Vaso leche	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
Comedor popular	0	0.00	1	10.00	0	0.00	1	10.00
CUAH	0	0.00	0	0.00	1	10.00	1	10.00
Total	0	0.00	6	60.00	4	40.00	10	100.00

Fuente: Entrevista aplicada a representantes de la Sociedad civil de Huaycán, en junio del 2009.

4.3.2 PERCEPCIÓN DE LOS/LAS ESPECIALISTAS DE LA SOCIEDAD CIVIL DE LA COMUNIDAD DE HUAYCÁN

Las diversas percepciones de los representantes de la Sociedad Civil de la comunidad de Huaycán vertidas en la entrevista aplicada en la fecha programada, pueden leerse amplia y detenidamente en la sección anexos (ver anexo 5).

Hasta aquí se ha descrito las participaciones de los entrevistados y encuestados, que en total fueron 53 aplicaciones del trabajo de investigación (20 encuestas a adolescentes usuarios (as) y no usuarios(as) del programa de salud sexual y reproductiva del Hospital de Huaycán, 13 entrevistas a proveedores de la salud y 10 entrevistas a responsables de la sociedad civil), las mismas que fueron realizadas durante todo el mes de junio del 2009, en la localidad de Huaycán. Ahora pasemos a evaluar los resultados obtenidos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO V

EVALUACIÓN DE RESULTADO POR OBJETIVOS DEL PSSR: PERSPECTIVAS DE LOS/LAS ADOLESCENTES + PROVEEDOR + SOCIEDAD CIVIL.

Es importante entender como se comporta efectivamente el programa, si logra lo que se busca, y en caso contrario, como puede mejorarse o cancelarse. En realidad, los valores y las opiniones cuentan mucho en la evaluación, y es por ello que la evaluación de un resultado particular depende de los supuestos y criterios adoptados por el evaluador²⁴⁹.

Entonces una política pública no sólo es argumento persuasivo o razonamiento sino también es un arte. Significa esto que, el análisis de las políticas no se puede realizar competentemente, ni emplear con propiedad, sin una apreciación de su aspecto artesanal o artístico. Y es por ello que se entiende que, la conclusión de un estudio de políticas puede ser un pronóstico, una recomendación, una evaluación de los programas vigentes, una propuesta nueva o una perspectiva diferente sobre un problema antiguo. Cualquiera que sea su naturaleza, una conclusión dependerá siempre de varios supuestos y elecciones metodológicas. Ello implica que una conceptualización diferente del problema, otras herramientas y otros modelos o juicios deferentes formulados en puntos cruciales del argumento podrían conducir a conclusiones diferentes²⁵⁰.

Cuadro N° 22: Criterios de Análisis

Pto. analítico	Criterios de adecuación
Datos	Confiabilidad, reproductibilidad, credibilidad (para datos exógenos).
Información	Relevancia, suficiencia, bondad del ajuste y robustez.
Prueba	Confiabilidad, admisibilidad y vigor
Argumento	Vigor, capacidad persuasión y claridad.
Conclusión	Razonabilidad, viabilidad y aceptabilidad.

Fuente: Majone, 1989.

²⁴⁹ Argumento de Giandoménico Majone. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas: el análisis como argumento” Colegio Nacional de ciencias políticas y administración pública, A.C. México, 1989.

²⁵⁰ Argumento de Giandoménico Majone. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas: el análisis como arte” Colegio Nacional de ciencias políticas y administración pública, A.C. México, 1989.

Evaluar un programa es un camino que nos conduce al análisis del Cambio Institucional. Y aunque los procesos de cambio institucional son muy complejos, es imprescindible centrar nuestra atención, como lo sugiere Majone, en un conjunto de variables: a) los actores de políticas efectivos y potenciales b) los recursos disponibles c) la cantidad y la calidad de la información, las habilidades y los conocimientos técnicos d) los factores y restricciones ambientales como las políticas existentes, los valores sociales, las ideologías, la opinión pública y los paradigmas cognoscitivos²⁵¹(cuadro 23).

La calidad de la atención es un concepto dinámico y polisémico. Es dinámico porque articula ámbitos institucionales diversos: la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. La construcción de su sentido diferirá si su anunciador es el Estado, la sociedad civil, la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública. También es un término multidimensional tal como mostró A. Donabedian (1966) al incorporar, además de la calidad técnica, la relevancia de otras dos dimensiones: interpersonal y servicios. Donabedian fue uno de los primeros autores que destacó la relevancia de la calidad de la atención y elaboró una teoría que expandió los límites del paradigma biomédico, basado en la mejora física y fisiológica de las condiciones individuales de salud y la aplicación adecuada de la ciencia y tecnología médicas.

Entonces, tomando como base estos argumentos, inicio el análisis del trabajo de investigación, empezando primero por los objetivos. Los tres objetivos planteados en la tesis, son de la forma siguiente:

Evaluación de resultados del Objetivo 1: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva Usuario(a)/ No usuario (a). Donde se busca identificar el nivel de conocimientos y el tipo de actitud de los y las adolescentes que influyen en la calidad de los servicios del PSSR.

Evaluación de resultados del Objetivo 2: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva del proveedor(a) de la salud. Donde se trata de analizar e identificar el manejo adecuado del protocolo de atención en SSR y las competencias profesionales, que influyen en la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.

Evaluación de resultados del Objetivo 3: el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes desde la perspectiva de las sociedades civiles. Donde se trata de analizar e identificar la influencia de los mecanismos de coordinación entre MINSA y sociedad civil que intervienen en la mejora de la calidad de los servicios del PSSR de los/las adolescentes.

Veamos entonces a continuación, la evaluación de los resultados (capítulo IV) por objetivos del PSSR desde estas 3 perspectivas.

²⁵¹ Modelo de cambio institucional analizado por Víctor Goldberg, mencionado en el Libro de Giandoménico Majone, en el Cambio de las restricciones institucionales.1989.

5.1 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL OBJETIVO 1: PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO(A)/ NO USUARIO (A) ADOLESCENTE.

En este ítem se presenta un análisis del PSSR de usuarios/no usuarios(as) adolescentes donde se describe los aspectos generales y los aciertos vs. los desaciertos identificados; los cuales se desarrollan así:

5.1.1 ASPECTOS GENERALES

“La distribución equitativa de recursos tendría impacto sobre la disminución de las desigualdades de salud y en el mejoramiento de la salud pública en países ricos y pobres”²⁵².

La pobreza medida por la NBI (necesidades básicas insatisfechas)²⁵³ guarda una relación inversa con la edad de la primera experiencia sexual. A mayor pobreza, el inicio de las relaciones sexuales ocurre a temprana edad, es decir en el período de la adolescencia. Este hallazgo es importante tenerlo en consideración porque nos está indicando que la pobreza extrema es un factor determinante para el inicio de la sexualidad a edades tempranas, con todos los riesgos que significa para la salud reproductiva.

Estudios sobre la transmisión generacional de la pobreza, señalan que el inicio temprano de la sexualidad y la consecuente alta fecundidad que de este hecho se deriva, es un comportamiento característico de los sectores pobres de la población y es transmitido generacionalmente. Es probable que una adolescente que inicia tempranamente su fecundidad, sea hija de otra mujer que se comportó de la misma manera y que tiene alta fecundidad. (Population Council, 1998). Por su parte, Álvarez (2002), opina que el proceso de socialización de los hijos e hijas dentro del núcleo familiar, la comunicación que se establece entre los miembros, la forma en que se dicen las cosas, la manera en que se demuestran los sentimientos, el clima de comprensión y confianza entre ellos, determinan el modelo de los géneros masculinos y femeninos y la actitud que tomarán frente a la sexualidad.

En el contexto de la relación del lugar de procedencia de los padres de los /las adolescentes, se vincula al tema de las migraciones²⁵⁴ voluntarias, tanto internas como internacionales, cobran relevancia temas como la disponibilidad y el acceso a servicios de salud en general, y en particular de la salud reproductiva de las migrantes tanto en el transcurso del desplazamiento como en las sociedades receptoras, que al encontrarse en contextos nuevos, con frecuencia frente a un idioma desconocido o estilo de lenguaje, y en muchas ocasiones aisladas de redes familiares o de amigos, quedan más vulnerables al aislamiento y la

²⁵² Influencia Económica y Psicosocial sobre la Salud. Informe conceptual de la escuela de salud Pública. 1999-2002. Lima.

²⁵³ La pobreza medida por NBI, es relacionada con los cinco indicadores de salud reproductiva: edad a la primera relación sexual, examen de mamas, examen de papanicolao, lugar y tipo de asistencia del último parto y prevalencia anticonceptiva, a fin de determinar su mutua influencia. Fuente: INEI - ENAHO-98 II Trimestre.

²⁵⁴ Asociación Peruana de Demografía y Población – APDP, 2009.

desinformación. En el caso de las migraciones forzadas son relevantes los temas de abuso sexual, y la desprotección y vulnerabilidad de las migrantes forzadas y de las refugiadas, que carecen de servicios de salud reproductiva. El riesgo para los migrantes está asociado a las condiciones y tipo de migración que realizan, y si bien no todos los migrantes quedan expuestos al riesgo de contraer VIH, si constituyen, como grupo, una población vulnerable, en tanto que presentan mayor prevalencia de algunos factores de riesgo tales como la práctica de sexo sin protección, el comercio sexual, el abuso sexual, la discriminación, la marginación y el atropello de sus derechos humanos.

Veamos ahora algunos rasgos resumidos sobre la información obtenida en la encuesta realizada en el Hospital de Huaycán:

5.1.1.1 Información personal de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán

Los argumentos descritos, nos hacen comprender el porque de los resultados obtenidos en la comunidad de Huaycán, catalogada según INEI, como zona de extrema pobreza, dadas las carencias evidentes.

A) El 55% (n=11) de los/las adolescentes encuestadas cursan el nivel secundario, un 20% (n=4) cursan actualmente estudios técnicos a la par que trabajan. y el 25% (n=5) abandonaron los estudios, mujeres adolescentes, que por su condición de madres solteras están en casa. Las edades mas frecuentes son 15 y 18 años, siendo la media 17 años; y el 75% (n=15) de estos adolescentes son del sexo femenino, entre usuarias y no usuarias. Al respecto, cabe mencionar que de los/las 20 encuestadas, se pretendía hacer un comparativo entre usuarios (n=10) y no usuarios (n=10); donde 10 serían del sexo femenino (5 usuarias y 5 no usuarias) y 10 serían del sexo masculino (5 usuarios y 5 no usuarios), pero que no pudo hacerse efectivo la encuesta al grupo de adolescentes varones no usuarios, pues sencillamente en el lapso del mes programado para aplicar las encuestas, no pude encontrar varones que asistan al programa de SSR, ya que la gran mayoría de pacientes que asisten a las consultas son pacientes del sexo femenino.

Por su parte, en el estudio de la UNFPA (2004), la distribución por sexo muestra que en SJL el 48% son mujeres, en tanto en ucayali el 51% son mujeres., cuyas edades promedio es 19 años, siendo la media 17 años (grupo de 15 a 19 años). En relación al grado de instrucción alcanzado, cerca del 77% han logrado cursar secundaria y un 15% han alcanzado instrucción técnica.

B) Sobre su dependencia económica, se ve que el 40% (n=8) de estos adolescentes entre 18-19 años preferentemente, dependen de ellos mismos, ya que trabajan; el 30%(n=6) de ellos dependen económicamente de sus padres y el 25% (n=5) son madres adolescentes que dependen de sus parejas. Siendo la edad de independencia económica los 16 años, asimismo, la mayoría de las adolescentes: 55% (n=11) encuestadas son naturales de Lima. El caso mas relevante es el de dos adolescentes de 16 años respectivamente, que trabajan para mantener a sus madres y hermanos menores, dado el abandono de sus padres, y que ellos se vieron en la necesidad de salir a trabajar para apoyarlas en la manutención de la familia.

Mientras, en el estudio de la UNFPA (2004), todos los participantes en la encuesta son originarios de la misma ciudad (73% de SJL y 86% de ucajali). Y en lo referente a su situación económica, cerca del 30% de los entrevistados realizan alguna actividad que les permita ganar dinero.

C) Respecto a la relación afectiva de los padres de los/las adolescentes, se ve que el 45% (n=9) no se llevan bien pero se toleran y un 20% (n=4) refieren que sus padres tienen buenas relaciones afectivas y buena comunicación; siendo el estado civil de estos padres separados 35% (n=7) y otro 35% (n=7) convivientes. Y en el caso de las adolescentes usuarias el 45% (n=9) son convivientes y el 70% (n=14) de usuarias y no usuarias ya tienen antecedente de embarazo (4 con casos de aborto).

Y en el estudio de la UNFPA (2004), el estado civil en los casos de SJL y ucajali, en ambos casos; cerca del 66% de los jóvenes y adolescentes declaran ser “solteros sin pareja estable” y sus padres se encuentran en la condición de convivientes en su mayoría.

D) Se destaca también que el 95% (n=19) de los adolescentes encuestados ya han recibido información sobre salud sexual y reproductiva, que mas adelante se explicarán los pormenores.

A lo que, CHILIN y Col. (2001), explican que los adolescentes que tienen buenas relaciones afectivas con sus padres reciben mayor información por parte de ellos, que de no ser así, su actitud sería negativa o indiferente, la misma que se evidenciará en la etapa de la adolescencia, sus resultados lo demuestran. Por su parte, BOCANEGRA (1989) y BARRANTES (1992), hallaron que el sexo de los adolescentes no influye en la actitud sexual, ya que muestran una actitud ambivalente, no habiendo asociación estadística significativa. La razón que dan es, porque las mujeres conservan principios morales éticos, lo que conlleva a que tengan tendencias a actitudes positivas. Mientras que en los varones se ha ido deteriorando rápidamente la presencia de valores morales, pues un % mínimo de los adolescentes estudiantes encuestados mostraron actitud negativa.

5.1.1.2 Nivel de Conocimientos de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán

Las diferencias educativas según género²⁵⁵, es uno de los factores que influyen sobre el comportamiento de las personas, en particular en lo referente a su SSR. El comportamiento sexual, difiere según lugar de residencia, así es notoria la precocidad sexual de las mujeres de la Selva, donde ocho de cada diez mujeres tuvieron su primera relación sexual en la adolescencia; en la Sierra y Costa seis de cada diez mujeres y en Lima cinco de cada diez. La falta de educación y bajos niveles educativos se asocia con el inicio temprano de la vida sexual. Los cambios en el comportamiento de las mujeres en relación a la preferencia por recibir atención hospitalaria del parto, se debe a las mejoras educativas de las mujeres, edad de la mujer, y estabilidad marital, como demuestran los resultados de la ENAHO -98.

²⁵⁵ Datos de la ENAHO-98, constituyen una fuente valiosa de información para el conocimiento de la situación de la salud reproductiva y sexual de las mujeres en edad fértil residentes en áreas ecológica y culturalmente distintas: la Costa, Sierra, Selva y Lima Metropolitana, en donde la accesibilidad a los servicios de salud está claramente diferenciada por niveles de pobreza y características sociodemográficas.

En la encuesta, aplicada en el Hospital de Huaycán sobre SSR se indagó específicamente temas de educación sexual, anticoncepción, derechos e infecciones de transmisión sexual; donde se encuentra que las/los adolescentes tienen nivel medio de conocimientos en SSR: 50% (n=10) y que también hay otro grupo de adolescentes, muy significativo; que tienen bajo nivel de conocimientos en SSR: 45% (n=9). Asimismo; del 75% (N=15) de las adolescentes mujeres, el 40% (n=8) tienen un nivel bajo de conocimientos, relacionados a la edad promedio entre 18-19 años. Y además existe cierta relación en el nivel de conocimientos con la información recibida, teniendo como resultados, que el 50% (n=10) de los/las adolescentes que tienen nivel medio de conocimientos son informados por sus profesores pues equivalen a un 45%(n=9); y un 20% (n=4) que son informados en SSR tienen nivel bajo de conocimientos y que estas son impartidas por sus propias madres.

Existe cierta similitud con los resultados obtenidos por SALAZAR, Víctor (1997), donde encuentra que el nivel de conocimientos sobre las prácticas sexuales, riesgos y modos de prevención y protección es bajo, y que no hay mayor diferencia entre varones y mujeres. Asimismo en el plano de relaciones interpersonales y el comportamiento sexual humano, se rigen en función a un doble estándar de normatividad basado en estereotipos de género, que otorga al varón el poder para manejar y controlar la sexualidad femenina. Pues del varón depende que se inicie una relación de pareja y la decisión de cómo y cuando tener una relación coital, la que actúa al margen de las expectativas sociales, siendo marginadas y/o sancionadas socialmente. Igualmente, la población en estudio, en mayor porcentaje tiene nivel de conocimiento medio según BOCANEGRA (1989) y nivel bajo de conocimiento en los estudios hallados de CALLE (1999). Y CHIRINOS (1996) encuentra en su estudio a adolescentes que la relación del nivel de conocimientos y actitudes son bajas.

Por su parte, CHUECA, Alberto (1995) en su estudio demuestra que hay mejor conocimiento sobre SSR a mayor educación y a mayor número de charlas educativas. Menciona que es evidente que las adolescentes no cuentan con adecuado nivel de conocimientos de SSR, haciéndose la imperiosa necesidad de educar para mejorar el nivel de conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción y evitar actitudes negativas, y considera fundamental implementar programas educativos a impartirse tempranamente para que se aclaren los mitos peligrosos y las falsas creencias, y sólo así los adolescentes puedan estar en condiciones de afrontar los cambios que se producen en esta etapa de vida, evitando conocimientos que perjudiquen su desarrollo bio-psico-social.

Según la UNFPA (Perú 2004), encontraron que los/las adolescentes de las 3 zonas de intervención: SJL, ayacucho y ucajali; no tienen acceso a la información general. Los niveles de información y de conocimiento sobre SSR varían entre los diferentes grupos. Los jóvenes y adolescentes que tienen una visión clara sobre la SSR y sobre sus derechos se debe a que han pasado por talleres facilitados por organizaciones comprometidas con el tema. Y los grupos focales aplicados, demostraron que el conocimiento de la SSR y derechos entre los adolescentes y jóvenes en general es prácticamente inexistente y que hay mucho interés en aprender más sobre estos temas.

5.1.1.3 Actitudes sobre SSR de los/las adolescentes del Hospital de Huaycán

Podría decirse que la vida sexual de estas/os adolescentes es una tensión entre el peligro y el placer, la expresión de su sexualidad con autonomía, y un terreno de exploración de placer y actuación, que luego les genera sentimientos de culpabilidad y minusvalía personal al ejercerlo (Vance, 1989). Por otro lado, si bien es cierto que los varones no se ven limitados como las mujeres, ya que la mayoría de veces evaden sus responsabilidades de padres abandonando a la chica o negando su paternidad; esto porque consideran que verían frustrado su realización profesional, y tendrían que dedicarse a trabajar. En el caso de la mujer, ésta ve frustrada sus aspiraciones profesionales y laborales y otras actividades propias de su edad. La razón obedecería a la doble normatividad, basada en el Género, según la cual la función que legitima a la mujer en la maternidad y debe postergar otros tipos de actividad, aunque sean significativos (trabajo, estudio). La paternidad es distinta en ambos géneros y las exigencias también (Young K, 1988).

En el análisis de actitudes sobre SSR en adolescentes aplicado en el Hospital de Huaycán se concluye que las actitudes de los/las adolescentes en SSR son indiferentes, pues el 50% (n=10), así lo expresan; sus resultados están relacionadas también a su condición de usuarias, sexo femenino y edades que fluctúan entre 18 a 19 años. Además la relación que adoptan las/las adolescentes según como son informados en SSR, el 50% (n=10) tienen una actitud indiferente cuya fuente de información en temas de SSR provienen de sus profesores y de sus madres. Y que también se observa que hay cierta relación entre la actitud de los/las adolescentes y la relación afectiva de sus padres, donde el 50% (n=10) de adolescentes que presentan una actitud indiferente en SSR viven con padres que tienen relaciones afectivas en grado regular y que están relacionadas además al estado civil de los mismos; pues los padres con pareja marital, están en condición de convivientes en un 35% (n=7) y que un 30% (n=6) de los padres son casados.

Al investigar la edad promedio para recibir información en SSR, en el estudio de Huaycán, dijeron que a partir de los 15 años en adelante. En el estudio de HUAMÁN (2001) definen ideal recibir información de estos temas entre las edades de 10-14 años, considerando que los adolescentes varones inician sus relaciones sexuales antes de los 14 años. Pero también concluye que una actitud adecuada, no siempre nos dice que un comportamiento es de bajo riesgo, sino todo lo contrario, lo que trae desacuerdos entre ambas variables. A lo que CHIRINOS, J. (1996), encontró que la fuente de información en temas de SR proviene de los amigos y luego de los padres; y CASAVARDE, (1994) corrobora lo mismo. Para HUAMÁN (2001), refiere que hablar temas de sexo con los profesores trae buenos resultados, porque los adolescentes expresan mayor conocimiento y mejor actitud en su SSR y que los que hablan con los amigos tienen bajo conocimiento. Del mismo modo, refiere que si los adolescentes conversan con sus padres sobre temas de sexualidad tienen mejor nivel de conocimiento y expresan una buena actitud, lo que no sucede con aquellos adolescentes que no se comunican con sus padres.

Similitud en resultados también se encuentra en Barrantes (1992), sobre el nivel de conocimientos en sexualidad, que es de medio a bajo y con actitudes negativas, similares a los estudios hallados por Egúsqüiza (1982), Suárez (1987), Barba (1989) y HERRERA (1996), en cuyos estudios de control

demuestran que no encuentran relación entre las actitudes (indiferente) frente a la sexualidad y el nivel de conocimientos.

Por su parte, SALAZAR, Víctor (1997), en su estudio concluye que el embarazo en adolescentes es percibida como un evento negativo, pues limitaría el desarrollo social de la pareja, sobre todo de la mujer, que es sancionada socialmente. Además que la mayoría de adolescentes con experiencia sexual no usan MAC y las que admitieron embarazo, estas no llegaron a término. Mientras, THOMAS, Elizabeth (1999); en su estudio demuestra que es significativa la importancia del colegio en la información de Planificación Familiar, pues este es el lugar donde se empieza el trabajo, siendo por ello necesario que MINEDU actualice sus programas con cursos de reproducción humana, educación sexual y PF, siendo indispensable que los docentes se capaciten y tengan orientación continua. Afirma que pudo observar, a muchos docentes dictando clases de educación sexual, exponiendo la información de manera abstracta, centrada en biología y función reproductiva, sin presentar información concreta de cómo planear su vida sexual o como usar los MAC. Al respecto, en Huaycán, los/las adolescentes desconocen el uso correcto de MAC, salvo el conocimiento de la SSR pero bajo el enfoque de biología y función reproductiva.

En temas de MAC, THOMAS Elizabeth (1998), demostró que hay una baja prevalencia en el uso de anticonceptivos, el cual obedece a varias razones, similar a los estudios hechos por Salazar v.(1997), que una razón para el no uso de anticonceptivos obedece a que la experiencia sexual en este grupo no son planificados, además de notarse cierto temor de empleo de los mismos. Un porcentaje significativo de adolescentes refirieron sentir temor al uso de MAC: naturales y artificiales, señalando que son inseguros, la principal fuente de temor, también referida por Cueca y Cols (1994). Por su parte, QUISPE (1997), refiere que las adolescentes embarazadas tienen bajo nivel de conocimiento en SSR y el grupo de control de no embarazadas presenta nivel medio de conocimientos. En general tienen actitudes de media a baja; similares a los obtenidos en Huaycán.

Y según la UNFPA (Perú 2004), un poco más del 20% están en desacuerdo con que una persona de su misma edad “debería tener relaciones sexuales placenteras”. Al comparar por ámbito y por sexo surgen diferencias, pues los de 15 a 19 años muestran su desacuerdo con esta afirmación. En la evaluación sobre MAC, la mayor diferencia se dio en cuanto la frecuencia de mención de DIU, mas en ucayali que en SJL. Hay mayor predisposición para el uso de condones. Y sobre las ITS reconocen que el SIDA es la más mortal. En cuanto a las acciones para evitar contraer una ITS, el uso del condón aparece como el principal medio de prevención, pues poco más del 60% así lo refirió independientemente del ámbito, sexo y edad.

5.1.1.4 Nivel de satisfacción de usuarios(as)/no usuarios(as) del PSSR del Hospital de Huaycán

La calidad percibida considera al cliente como el único juez de la calidad y se describe como el grado y la dirección de la discrepancia entre las percepciones del resultado y las expectativas del consumidor acerca del servicio (Oliver, 1980). La calidad de la atención en salud se basa en un conjunto de factores que no son fáciles de medir. Algunos autores señalan que los principales determinantes de la calidad en salud

son: talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e interacción con el sistema general de seguridad social en salud (Malagón-Londoño et al, 1999).

La OPS (Myers: 1992) señala que: *“...no existe ninguna otra organización (aparte de un hospital) cuya administración sea tan frustrante e ineficaz debido a su incapacidad para juzgar la calidad de su producto”* Algunos investigadores han concentrado sus fuerzas en determinar si la satisfacción de los usuarios es un buen índice para determinar la calidad de los servicios, sin embargo, *“...se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico..., por lo que la conclusión básica que se desprende, es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso”* (Bigné et al, 1997).

Aunque existen varias formas de realizar una evaluación sobre la satisfacción de los usuarios o pacientes de los servicios de salud, la mayoría de éstas se basan en un enfoque multidimensional, que incluye diversos aspectos tal cómo: entrega de información, accesibilidad, burocracia, humanización, atención a problemas psicosociales, etc. El estudio del grado de satisfacción de los pacientes o usuarios de los servicios de salud, tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la atención prestada y es útil para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento de los sistemas de salud. Lo que está en cuestión es cómo asegurar la mayor productividad sanitaria, eficiencia, calidad y nivel de satisfacción, con los recursos que la sociedad entrega a los centros hospitalarios.

En el Hospital de Huaycán, el grado de satisfacción es descrita en forma breve y subjetiva por parte de las usuarias adolescentes; pues se encuentra a un 55% (n=11) de adolescentes que califican en grado regular de satisfacción sobre la atención recibida y el 40% (n=8) manifiestan estar insatisfechos con la atención recibida en las consultas. Los pormenores de insatisfacción engloban básicamente aspectos de tiempo, perfil profesional de los/las proveedores de salud, infraestructura, entrega de insumos y material visual, y trato del personal, los que dan como resultado cierto grado de insatisfacción en la atención recibida en el Hospital y en el PSSR (usuarios/as y no usuarios/as).

Mientras que en el estudio de la UNFPA (Perú 2004), aplicado en Ayacucho, Ucayali y SJL, se percibió insatisfacción en usuarios y en proveedores de salud, por la falta de insumos básicos, así como por el desabastecimiento constante de MAC, además de la larga espera para ser atendidas en las consultas y tener problemas con el personal de salud en cuanto al trato poco amigable y crítico. Asimismo, hay evidencias de experiencias pasadas en el tema de la calidad como el Proyecto 2000, pero que sin embargo; quienes trabajan en los establecimientos donde se ha llevado a cabo estas experiencias no abordan el tema de la calidad en profundidad por la falta de recursos y de compromiso de algunos proveedores. De otro lado, los adolescentes y jóvenes indicaron que los sentimientos de vergüenza y la pérdida del anonimato en un establecimiento de salud los inhibe de utilizar sus servicios; en contraste con

las percepciones de los proveedores de salud, los jóvenes encuentran que éstos son poco amigables y no son bien recibidos.

5.1.2 PRINCIPALES ACIERTOS

Los principales aciertos en temas de SSR detectados a raíz de la encuesta aplicada a los/las adolescentes usuarios/no usuarios(as) del Hospital de Huaycán fueron los siguientes:

- Adolescentes que identifican las funciones de las diversas instituciones públicas: saber que si se encuentran “mal” acuden a los centros hospitalarios (centro de salud, posta de salud y Hospital), si tienen que educarse cuentan con colegios e institutos, si son violentados/as sexual y afectivamente acuden a las redes institucionales con base en DEMUNA, además de contar con las Comisarías y si quieren asesoría gratuita cuentan con el apoyo de la CUAH (que desde el 2008 ya cuenta con oficinas de asesoría en temas laborales, titulaciones de propiedades, etc.).
- Destacar la labor del MINEDU en el sentido de orientar a los/las adolescentes en temas sobre SSR, que lo enfocan a través de charlas de educación sexual y paternidad responsable.
- Destacar la labor de las madres de familia que pese a sus limitaciones educativas, pues muchas de ellas no concluyeron la secundaria, según encuestas demográficas aplicadas en el 2005-2007, les hablen a sus hijas sobre “como cuidarse” (esperar para iniciarse sexualmente y acudir al Hospital para consejería). Se entiende que muchas de ellas vienen de provincia y se casaron muy jóvenes, por lo que desean que sus hijas no pasen por las mismas dificultades.
- Que algunos/as de los/las adolescentes tomen conciencia de su condición económica y apenas concluyen el colegio vean la forma de insertarse laboralmente para ayudar a sus familias e independizarse económicamente.
- Que los/las adolescentes, en temas de SSR: conocen su cuerpo, partes y funciones, diferencias de sexo, etc. y le den importancia al uso de preservativos como medida de prevención.
- Que las adolescentes en general asuman que pese a que muchas conviven y son madres de familia y ya con experiencia sexual con sus parejas; reconozcan que lo ideal no es casarse entre los 14-19 años, sino que eran etapas que debían de ocuparse en estudiar y trabajar, y es ese el mensaje que le recomiendan a sus amigas/os, de su entorno.

5.1.3 PRINCIPALES DESACIERTOS

Los principales desaciertos en temas de SSR identificados a raíz de la encuesta aplicada son los siguientes:

- Que solo consideren estar necesitados y urgentes de salud para saber que pueden acudir a los centros hospitalarios, en general es la percepción que todos tenemos. Olvidamos que el hospital puede brindar otras actividades preventivas en favor de su salud.
- Que en el caso de adolescentes del sexo femenino acudan al PSSR en condiciones de embarazo, postaborto y para recoger insumos de planificación familiar. No asisten adolescentes escolares

simplemente para consejería, no sin antecedentes de embarazo alguno o fallas de MAC auto recomendadas. Porque de suceder lo contrario, si que van en busca de ayuda.

- Que sean más las mujeres las que acuden a consejería y atención en SSR, y los varones nada. En el mes que permanecí realizando las encuestas, no vi un solo varón que se asomara siquiera a los servicios y al ir a las fuentes estadísticas, pude corroborarlo. Realmente el varón no participa en temas de SSR aún cuando se ven involucrados, no lo hacen, existe cierto desapego e indiferencia en el manejo de su propia realidad. Al respecto, al conversar con varones no usuarios sobre su ausencia en el PSSR, muchos aducen que:
 - a) No van por falta de tiempo, ya que como ellas (sus parejas) no trabajan pueden ir solas.
 - b) No van porque les avergüenza sacar citas e ir en busca de consejería ó para pedir preservativos por ejemplo.
 - c) El hecho de saber que son mujeres quienes les van a hablar sobre sexo ó alguna inquietud, pues no saben como hacerlo ni como empezar.
 - d) Un médico viejo y renegón no los estimula a dialogar y mucho menos pedir consejería.
 - e) Una Obstetríz ó una doctora apurada, desaliñada y renegona no les da confianza.
 - f) Otros, que sencillamente ignoran a sus parejas porque las abandonan.
- Sucede igual con las adolescentes, acuden a recoger insumos y no preguntan, porque si tienen dudas se conforman con lo que les dicen abreviadamente y no preguntan mas. Digo esto porque al ser encuestadas sobre MAC percibí desconocimiento en el manejo correcto de estos métodos. Y al sugerirles porque no les preguntan para que las orienten bien, dicen que se olvidan, otras se limitan en preguntar porque ven a la profesional “muy apurada”, con tantas pacientes que atender y ni siquiera las miran, etc. etc.
- Encontrar en esta época, adolescentes madres de familia y otras embarazadas (15-16-17-18 años) que desconozcan y no manejen adecuadamente temas de anticoncepción, siendo usuarias del PSSR, como por ejemplo:
 - a) Referir que la tableta vaginal y la T de cobre sean métodos naturales.
 - b) Que el coitus interruptus (coito interrumpido: “eyaculación por fuera”) sea practicado por los mujeres.
 - c) Que la píldora oral ocasione esterilidad permanente.
 - d) Que el lavado vaginal inmediato después del coito sea un método muy seguro y eficaz.
 - e) Que el mismo condón pueda usarse muchas veces.
- En ambos casos: adolescentes usuarios(as) y no usuarias(os) con percepciones equivocadas y desconocimiento en:
 - a) Que se imparta la educación sexual en los colegios a partir de la adolescencia (13 años en adelante). Y ¿Por qué no antes? Porque es malo aprenderlo de muy niñas, refieren.
 - b) Que en algunos casos dada su concepción religiosa consideren que el uso de condones sea pecado o faltas graves a Dios.
 - c) Que la AOE sea un método anticonceptivo eficaz para abortar. ¿cómo es eso y quien te dijo? A lo que ellos responden que “sus patas lo aplicaron y así fue...les resultó”.

- d) Que el varón que se somete a “Vasectomía” como MAC definitivo, considere que pierda su hombría. ¿quién te dijo eso? Refieren que se lo dijeron sus amigos y que su profesor no estaba seguro de cómo era realmente el método.
 - e) Que puedan tener vergüenza si descubren que tienen ITS y no contarles a sus parejas.
 - f) No estar tan convencidas que una mujer educada influya en el número de hijos a tener.
 - g) Que el hecho de que las familias tengan muchos hijos contribuyan al desarrollo del país.
 - h) Que las relaciones sexuales solo se hagan para hacer y tener hijos.
 - i) Que el varón debe tener una experiencia sexual para demostrar que es hombre.
 - j) Que es necesario que una pareja de enamorados tengan relaciones sexuales. ¿sino para que? fueron las respuestas.
- Que las usuarias del PSSR, madres adolescentes y adolescentes embarazadas no sean derivadas al resto de servicios principalmente: psicología, nutrición y odontología para ser atendidas integralmente. Sólo mencionan haber sido referidas a los servicios de: medicina, psicoprofilaxis, enfermería, seguros, radiografías, laboratorio, monitoreo, emergencia y farmacia.

5.2 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL OBJETIVO 2: PROGRAMA DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROVEEDOR(A) DE LA SALUD.

Nuestra salud es afectada por muchas condiciones, a menudo llamadas los determinantes de la salud²⁵⁶. Los determinantes pueden ser biológicos (el sexo, los genes), sociales (el género, la educación, el papel de cada miembro de la familia, el apoyo de la comunidad), económicos (la pobreza), ambientales (la contaminación, el entorno en el lugar de trabajo) y relacionados con el estilo de vida (patrones de alimentación, hábito de fumar, comportamiento sexual). Estos determinantes de la salud pocas veces son aislados, se refuerzan o afectan unos a otros en diversas formas.

Según la OMS (1998); gracias a los programas de planificación familiar y los servicios de SSR, las mujeres de todo el mundo pueden realizar nuevas actividades y ampliar sus roles. Estos servicios han ayudado a mejorar la salud de las mujeres y las familias, sobre todo en comunidades rurales y urbanas de bajos ingresos. Asimismo, gracias a muchos tipos de programas de salud y acción social, las vidas de las mujeres han mejorado sustancialmente. En todo el mundo, las mujeres ahora viven más que los hombres. Los índices de mortalidad materna han sido reducidos a la mitad y las tasas de fertilidad en un tercio. La alfabetización femenina también ha mejorado enormemente, del 54% al 74% del índice de alfabetización de los hombres. Razón porque ya en muchos países las mujeres se mueven de la marginalidad hacia los

²⁵⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Ponencia Técnica sobre el Género y la Salud. OMS/Salud de la Familia y Salud Reproductiva (FRH)/Día Mundial de la Salud/98.16. Ginebra: OMS, 1998. Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>.

centros de la vida comunitaria, aportando trabajo, dirigiendo negocios, ganando ingresos en efectivo o produciendo comida, y también encargándose de las diversas necesidades del hogar y la familia.

A pesar de estos avances, persisten grandes diferencias entre las mujeres y los hombres. En muchos lugares, la mayoría de las mujeres están todavía marginadas. Su posición económica, social y política casi no ha cambiado, y en algunos lugares se ha deteriorado al empeorar las condiciones económicas. A menudo, los beneficios del desarrollo socioeconómico que reciben las mujeres son muy inferiores a los que reciben los hombres. Las inequidades hacen que las mujeres sean más vulnerables a los riesgos de salud. Es menos probable que ellas reciban los servicios y tratamientos correctos. Es por ello, que existe el compromiso mundial con la equidad de género, razón por la cual ha desarrollado o está desarrollando requisitos de servicios de salud sensibles al género, obligando a los profesionales de la salud a hacer todo lo posible para contribuir a la equidad y los derechos humanos al prestar sus servicios²⁵⁷.

La maternidad sin riesgos, así como la salud sexual y reproductiva son derechos humanos básicos. Con los derechos humanos se propone exhortar el respeto y la promoción de los derechos fundamentales. La protección y la promoción de la salud sexual y reproductiva, mediante el empoderamiento del adolescente. Para que esto llegue a darse verdaderamente, los profesionales de la salud deben desempeñar un papel activo en incluir estos derechos en su trabajo. El escaso enfoque sobre los aspectos médicos o clínicos de la SSR no es suficiente; los profesionales de la salud deben ir más adelante para promover estos derechos. Pueden y deben desempeñar un papel crítico en promover los derechos reproductivos, a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva para las mujeres en todo el mundo.

Los proveedores de la salud, administradores de programas, encargados de crear políticas y donantes son cada vez más conscientes de que el género es un elemento crítico en el diseño, la administración y la aplicación de programas de salud reproductiva y, finalmente, en el éxito y el impacto de estos programas. Los servicios de salud reproductiva que satisfagan las necesidades tanto de los hombres como de las mujeres fomentarán un mayor uso de los servicios y promoverán decisiones sensatas sobre la reproducción²⁵⁸.

Entonces, los resultados obtenidos a raíz de la entrevista a los y las proveedores de la salud del Hospital de Huaycán son como sigue. Para lograr los resultados de este segundo objetivo, se ha entrevistado a 13 proveedores de la Salud como: Ginecólogos (2), Médicos (2), Obstetrices (4), Interna de obstetricia (1), enfermera (1), Psicóloga (1), Nutricionista (1) y Técnica de salud (1). En los que, primero se evalúan algunos datos informativos del proveedor de la institución; segundo, se evalúan los conocimientos y manejo adecuado del protocolo de consejería y tercero, se evalúan las diversas perspectivas de éstos especialistas, respecto a la SSR de los y las adolescentes de la comunidad de Huaycán. Así:

²⁵⁷ Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA). *Gender Equity: Concepts and Tools for Development*. Washington, DC: CEDPA, diciembre de 1996. Disponible en: <http://www.cedpa.org/>.

²⁵⁸ Humble, Morag. "A Quick Guide to Gender Analysis in Health and Population Projects." Documento preparado para Management Sciences for Health, Inc., marzo de 1999.

5.2.1 ASPECTOS GENERALES

La vida personal de las mujeres ha entrado en un campo de negociación de la intimidad; se ha convertido en un proceso personal y abierto que ha creado nuevas demandas. En general, los procesos de liberalización e introducción de nuevos principios, valores y discursos que ordenan la relación entre cuerpo, sexualidad y reproducción se ven enfrentados a nuevos problemas. Según Dides²⁵⁹, los avances tecnológicos en materia de reproducción implican nuevos campos de conflicto, especialmente valóricos, en la medida en que ponen en cuestión las formas tradicionales de entender instituciones sociales básicas y principios de filiación. Perú vive un proceso de doble agenda: por una parte, un elevado estándar de vida en términos de consumo material e infraestructura, así como en demandas e intereses sociales; por otra, déficit y necesidades propias de un país subdesarrollado del tercer mundo. Pero, ante el límite y sin otra opción, los prestadores de salud deberían hacer honor a sus responsabilidades funcionarias y profesionales.

5.2.1.1 Evaluación de la información de datos personales de los proveedores de la salud del Hospital de Huaycán

Las respuestas a una amplia gama de intereses y el enfoque multisectorial han sido las características de la formulación de políticas eficaces²⁶⁰. Los países reconocen que la capacitación es de vital importancia para el enfoque de salud sexual y reproductiva. Capacitar toma tiempo y actualizarlos más, inclusive incluyendo a nuevos profesionales. En materia de capacitación al igual que en otras esferas, escasean los recursos humanos. Hay escasez de expertos tanto en niveles centrales como en niveles locales. La capacitación en SSR debe ser integral y para todos. Porque de ello dependerá sus resultados a favor de la población en riesgo reproductivo. Y es así que, para aprovechar al mínimo su capacitación los agentes de salud necesitan equipo y suministros, un sistema de recompensas y de evaluación; oportunidades para poner en práctica nuevas aptitudes, mejores sistemas de contratación y mejores asignaciones de trabajo²⁶¹

Al iniciar la encuesta no tenía ni idea de que la mayoría de las proveedoras de salud entrevistadas (n=13) en el Hospital de Huaycán, serían mujeres, y es lo que se evidencia en el trabajo; pues se encuentra que el 76.92% (n=10) de las proveedoras entrevistadas son mujeres (enfermera, psicóloga, nutricionista, técnica de enfermería, interna de obstetricia, 4 obstetrices y médico mujer) y la edad media en que fluctúan estas profesionales es 39 años.

Respecto al tiempo laboral como profesionales desde que egresaron de las universidades e institutos (en el caso de la técnica de salud) es que el 53.83% (n=7) vienen laborando entre 11 a 20 años. El tiempo laboral en el PSSR, es que el 69.21% (n=9) de los profesionales entrevistados vienen laborando en el programa desde hace 10 años. Y respecto a los lugares en que mayoritariamente han tenido experiencia laboral es múltiple, pues la mayoría de los/las profesionales han trabajado previamente, tanto en otras

²⁵⁹ Dides C. *Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, UNFPA; 2006.

²⁶⁰ UNFPA. Salud reproductiva y derechos reproductivos. 1999.

²⁶¹ UNFPA. Salud reproductiva y derechos reproductivos. 1999.

instituciones de salud del MINSA (centros y postas de salud), como en consultorios y clínicas particulares, antes de llegar a trabajar al Hospital de Huaycán.

Sobre las capacitaciones reportadas por los/las proveedoras de salud del Hospital de Huaycán, sólo 8 de ellos (1 Psicólogo, 1 nutricionista, 3 Obstetrices, 2 ginecólogos y 1 médico) que equivale al 61.53% (n=8) se han capacitado entre 1994 al 2007 y en el 2008 se han capacitado el 23.08% (n=3) profesionales. Realmente, las capacitaciones de los/las proveedores de salud en temas de SSR de adolescentes son nulas. Se deduce que en 15 años, un promedio de 5.64% profesionales se capacitan al año en temas de SSR. Los años 2005 al 2007 fueron los años en que hubo mayor interés en capacitaciones en SSR (preferentemente en ITS, VIH/SIDA, PF y educación sexual). Los motivos fueron la inserción e implementación del programa a nivel nacional, en base a lineamientos y protocolos (2005 al 2006-R.M. concernientes a la SSR en general), las mismas que implican programaciones nacionales para capacitarse en el manejo del PSSR. Posterior al 2007, ya no se evidencian las capacitaciones, salvo la del año 2008, en que 2 profesionales se capacitaron por propia iniciativa e interés profesional (Ginecólogos).

5.2.1.2 Evaluación de conocimientos y manejo de protocolos de atención del PSSR de adolescentes

La salud sexual y reproductiva es un factor clave para el progreso social, económico y político. El embarazo en adolescentes es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad; siendo un problema de salud pública. La anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, para prevenir tanto el embarazo no programado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. Para generar la expansión de esta información, debe el cuerpo profesional de atención en salud sexual y reproductiva, especialmente el médico general, el Ginecólogo y la Obstetrix, poseer claros y sólidos conocimientos, los cuales deben ser coherentes con su compromiso comunitario.

En el estudio aplicado, identifiqué que el Nivel de Conocimientos de los proveedores/as de salud se encuentra en un nivel medio, pues equivale al 76.92%(n=10) de profesionales que conocen y manejan el PSSR para adolescentes del Hospital de Huaycán. Sin embargo las estadísticas no ayudan, la misma que se refleja en embarazos precoces en adolescentes (23.46%) y abortos (16.77%) en adolescentes, que son las mismas de hace 4 años (promedio de 4 años, ver capítulo III- PSSR). Nos queda la duda por averiguar ¿qué pasa? ¿Por qué no se evidencia mejoras del programa en general de SSR? La respuesta tal vez sea como lo dijo un ginecólogo entrevistado: *“La demanda es mayor que la oferta, es decir que los profesionales de salud no se abastecen con la gran demanda de la población al Hospital, por lo tanto sus funciones son mas asistenciales que preventivas-promocionales; ven cantidad y no calidad”*. Recordemos que según sus propias palabras, a ellos les exigen productividad y esto implica incrementar las cifras de atenciones vs. atendidos, más no implica evaluar o medir el impacto de la calidad de las atenciones en los usuarios(as).

Resultados similares, se ven en el estudio de la UNFPA (2004); los proveedores de salud destacan que la labor que realizan en relación con la SSR de los jóvenes y adolescentes se enfrenta a una serie de

obstáculos, entre los que se cuenta la incompatibilidad entre los objetivos propuestos por el MINSA y las reales necesidades de los jóvenes. Las autoridades, según lo informado, estarían más preocupadas por el trabajo asistencial y por programas como los de inmunizaciones, dejando de lado las tareas de difusión de la información, las cuales son percibidas como acciones preventivas. Otro limitante al acceso a los servicios, refieren que guardan relación con la existencia de normas que impiden ofrecer métodos anticonceptivos a los menores de 16 años sin autorización de sus padres, la falta de una adecuada y periódica capacitación en temas de SSR, la carencia de espacios diferenciados y la falta de personal por la atención de los adolescentes.

5.2.1.3 Evaluación de las perspectivas de los/las proveedores (as) de la salud sobre temas de SSR en adolescentes de Huaycán

La preferencia de recibir atención en salud sexual y reproductiva por una profesional mujer, es más evidente en las áreas rurales y en zonas urbano marginales, por cuestiones culturales arraigadas en la población usuaria de los servicios de SSR. Evidente en el trabajo aplicado, para el caso de las mujeres adolescentes pero muy contrario para el caso de los varones adolescentes que prefieren a un varón delante suyo. Pero dada la ausencia de varones al PSSR, son las mujeres adolescentes el centro de atención que por sus tradiciones e idiosincrasia personal prefieren ser atendidas por mujeres profesionales.

Las perspectivas identificadas (ver capítulo IV, anexos 2 y 4) son las siguientes:

A) Los principales “problemas en adolescentes” identificados en Huaycán son: 1ro. Embarazos precoces, 2do. Abortos, 3ro. ITS y 4to. Desconocimiento, temores y prejuicios en el uso de MAC. Agregan además problemas de causa interna, que compete estrictamente a la institución hospitalaria, que tienen que ver con políticas y gestión del Hospital de Huaycán.

CHAMBI, Maria (1997), en su estudio demuestra que el personal de salud percibe a los/las usuarios(as) adolescentes que llegan a los servicios, (mayormente por problemas de embarazo avanzado y aborto incompleto) como irresponsables, con falta de educación sexual, problemáticos y carentes de criterio. Comparto su opinión pero es importante hacer las diferencias y establecer responsabilidades tanto morales como éticas. Digo esto porque si bien es cierto, muchos de los usuarios(as), dada su condición y entorno socioeconómico de pobreza, no tienen la culpa de su condición y nosotros tampoco lo tenemos, sin embargo hay y existe cierto grado de responsabilidad, que es el prevenir y cambiar un “daño moral” en la medida de nuestras posibilidades, pero hacer algo y no dejarlo todo tal cual está y ver que todo sigue igual aún cuando pasan los años. Somos responsables como dice Villoria (2000), tanto por nuestras acciones como por nuestras omisiones. Y es obligación de todos el dejar un mundo mejor al encontrado (Rawls-teoría de elección).

La UNFPA (2004), en su estudio aplicado, en SJL: refiere que los proveedores de salud identificaron como uno de los problemas mayores, a la falta de información tanto en SSR como en los servicios y coincidieron en señalar que el embarazo precoz no deseado es uno de los principales problemas en el

distrito, y su nivel de información es muy limitado. Y los principales problemas identificados en Ucayali fueron: prostitución, violación, embarazo precoz y falta de información y apoyo en SR y en servicios. Otros problemas identificados fueron: homosexualidad, alcoholismo, aumento de pandillas y drogadicción.

B) La mayoría de profesionales del Hospital de Huaycán, coinciden en que hay un alto número de adolescentes carentes de información adecuada en el “uso de anticonceptivos”, pero que si consideran indispensable su uso para prevenir el número de hijos a tener y promover sobremanera la paternidad responsable. Y respecto a la forma en que debe atenderse a estos adolescentes, refieren que es brindando consejería privada y respetuosa, en ambientes privados y diferenciados, con horarios diferenciados, trato respetuoso y con lenguaje claro, y contar con profesionales mas que capacitados, estén especializados en temas de SSR para adolescentes. El uso de MAC debe ser cuidadoso y orientado permanentemente. Se menciona además que *los* y las adolescentes, no hacen uso de los servicios del PSSR, por falta de conocimiento y apoyo de sus familiares y/o parejas, y a esto agregarle cierta dosis de temor. Para su mejor manejo es preciso sensibilizar a pacientes y familiares sobre su importancia; lo cual no se realiza por falta de personal y por falta de recursos económicos.

Aducen muchos profesionales, que por más que los orientan, ellas no responden, por lo que consideran que es un problema social que todo viene de casa y del grado de nivel cultural a que todos los pobladores están sometidos. Piensan además, que las adolescentes ya saben como cuidarse y saben que los métodos están disponibles en todos los centros del MINSA, pero nada. Derechos sexuales y reproductivos nulos ó irreconocibles para ellos/ellas, razón por la que muchas mujeres adolescentes lo hacen por inmadurez, falta de educación y sobre todo falta de autoestima. El uso de MAC es útil y necesario para toda la población y que la única forma para desarrollar es teniendo y controlando las políticas de natalidad. Concluyen además que, los/las adolescentes que ya se iniciaron sexualmente deben de cuidarse y protegerse con algún MAC, ya sea oral, tabletas vaginales ó preservativos, para el caso de adolescentes; previa consejería y evaluación de su uso.

Razones que CHAMBI, María (1997) lo identifica perfectamente, pues refiere que el tipo de relación con la usuaria(o) tienen que ver con las imágenes de adolescentes-problemas, estableciendo una relación a priori, que delimitan las interacciones con las usuarias, donde el personal de salud no reconoce y valora a la usuaria adolescente como sujeto de diálogo, por lo que no se da ninguna comunicación y el personal de salud ejerce una relación vertical, limitando la información de MAC.

Y en el estudio de la UNFPA (2004), aplicado en SJL, ayacucho y ucayali; las profesionales consultadas dejan claro que el hecho de ser o no sexualmente activas determinan el tipo de servicio u orientación que se le da al joven. En caso de que no se haya tenido relaciones sexuales, las prestadoras dicen buscar llevar a las jóvenes a posponer esta práctica. En el segundo caso tratan de que utilicen algún MAC. Es importante tener en cuenta que se habla más del uso de métodos desde la perspectiva del embarazo, pero menos desde la necesidad de reducir la posibilidad de contraer una ITS, VIH/SIDA.

C) Respecto al “embarazo en adolescentes” en Huaycán, los/las proveedoras(es), refieren que estos casos significan frustrar todo un proyecto de vida, que les generan muchos conflictos como: adolescentes expulsadas de sus hogares y quedarse desamparadas a merced de tantos peligros; el tener que dejar de estudiar y verse obligadas a cambiar el ritmo de sus vidas, significa que tendrán que trabajar pues consideran que ellas ya no importan. El infortunio de considerar que el embarazo es una calamidad más que una satisfacción personal por este nuevo ser; exponerse a ser maltratadas por sus parejas y por los familiares de sus parejas, pues muchas de estas adolescentes que se van a vivir a las casas de la familia de sus parejas; son tratadas como las empleadas de esa familia. Consideran además que lo más lamentable es que muchas de ellas al siguiente año, otra vez se vuelven a embarazar.

Para los profesionales de la salud, embarazo en adolescentes significa no haber concluido su desarrollo físico y emocional, además de representar más problemas para su economía, que ya de por sí, es álgido en este lugar. Muchas de estas adolescentes vienen anémicas al servicio, pues su alimentación no es adecuada. Situación que se complica cuando salen embarazadas, porque ya no es la madre adolescente con problemas de anemia sino también son bebés con anemia y bajo peso al nacer.

Sobre la atención de las adolescentes embarazadas en la institución, consideran que no hay calidad de atención, pero consideran además que no es responsabilidad de los/las profesionales, puesto que ellos solo cumplen la meta de atención. Se programan muchas consultas externas que rebasan la capacidad de atención, es por ello que actúan con rapidez y que por tal motivo no los escuchan suficientemente. Entonces, la atención en el hospital es integral, sólo en papeles, aún cuando existe un fluxograma de atención, que todas tienen que seguir, pero que no se cumplen. Se menciona como “ideal”, el primer contacto con estas adolescentes desde la primera consulta, donde pueda aplicarse las normas de atención y consejería y pueda hacerse su reconocimiento y manejo integral. En ese sentido no se coordina uniformemente y en todos los casos. Lo paradójico, es que aún cuando se cumpla a cabalidad con el esquema integral de atención del PSSR, los servicios y sus personas se verán afectados por la gran demanda de pacientes; que si ya ahora tienen un promedio de 25 a 30 pacientes diarios, de incluirseles más al ampliar las atenciones, será difícil cumplirlos por mas buenas intenciones que se tenga.

Lo cierto es que la atención en la institución, según lo refieren los mismos profesionales, es que ellos y ellas lo hacen de la mejor manera posible, pese a sus múltiples limitaciones, deficiencias estructurales, falta de insumos, falta de recursos, falta de incentivos profesionales, falta de programas educativos, etc.; pero que de alguna manera, tratan de cumplir con las expectativas que MINSA les exige.

CHAMBI, María (1997), refiere que el personal de salud percibe el embarazo en la adolescencia como una trasgresión de las normas sociales y que obedecerían el fracaso del rol de los padres hacia sus hijas. Por lo que plantean como alternativa de prevención el uso de métodos hormonales (en las que tienen pareja estable) y los métodos de barrera (entre las que tienen relaciones ocasionales).

D) Las percepciones sobre “aborto” son variadas y algunas coincidentes, lo cierto es que algunos de los y las profesionales entrevistados/as tienen opiniones desfavorables a favor del aborto, pues aducen que nada lo justifica y más bien significa matar una vida, en general refieren que como gente de salud, su misión es velar y dar vida, mas no quitar o eliminar vidas, entendiendo que estos nuevos seres humanos no tienen culpa de haber nacido en esas condiciones. Y por otro lado, se encuentra algo de justificación en los casos de malformaciones congénitas más no en los casos de violaciones, pues cabe la posibilidad de que en estos casos traumáticos se puede seguir con las terapias recuperativas para las adolescentes afectadas y sus familias. Por su parte, los ginecólogos y algunas Obstetrices están a favor de un aborto terapéutico en casos de riesgo de la vida de la madre por alguna enfermedad o salud mental, además de los casos de malformaciones congénitas y violaciones traumáticas u otra índole. Evalúan la calidad de vida de la madre y también de ese nuevo ser que no vienen en condiciones de afrontar la vida, ni tampoco tienen un entorno favorable para su desarrollo normal. El aborto, fue y es aún un caso muy controversial que se ve influenciada por las ideologías religiosas, las condiciones socioculturales de la población y el país en general.

A lo que CHAMBI, María (1997), concluye que el aborto es visto por el personal de salud como una alternativa al embarazo no deseado y adquiere 3 posiciones: restricción absoluta (que no acepta bajo ninguna condición), restricción relativa (que acepta bajo cierta condición, como embarazos por violación) y el que destaca la libertad individual para decidir.

E) En cuanto a las “percepciones sobre las ITS (infecciones de transmisión sexual), VIH/SIDA”, los y las profesionales opinan que es un problema de salud pública que en Huaycán viene implementándose lentamente, pero ahí van. Consideran que las ITS pueden tratarse, y si hay fallas es: porque muchas veces no se da tratamiento a “la pareja” y por incumplimiento de recomendaciones, de venir acompañadas con sus parejas, ya que en su gran mayoría vienen solas a la consulta.

Las ITS, VIH/SIDA; van en aumento por las conductas de riesgo de los/las adolescentes, las ITS todavía son tratables pero el SIDA es mucho más complicado. Sin embargo, si podemos prevenirlo, y ello es posible con el uso adecuado y permanente de preservativos. Entonces, respecto a las recomendaciones, primero se hace el tratamiento, facilitar su cumplimiento, evitar conductas de riesgo sexual e impulsar acciones preventivas. Acciones, como el uso de preservativos en cada relación sexual y que estas se den desde que los/las adolescentes inicien su actividad sexual e insisten además en el aspecto educativo, el soporte psicológico e institucional.

A lo que CHAMBI, María (1997), en torno a ITS, VIH/SIDA, en su estudio refiere que el personal de salud manifiesta que los de mayor riesgo no sólo son los adultos varones sino también considera a los/las adolescentes como expuestos a una serie de infecciones y enfermedades. Y que la mejor opción preventiva es el uso de preservativos permanentemente, si hablamos de seres humanos en condiciones activas de su vida sexual.

F) Respecto a las “coordinaciones que podrían hacerse con los representantes de la sociedad civil” para compartir responsabilidades y se manejen conjuntamente los diversos problemas que afectan a la población de Huaycán, refieren que actualmente no hacen coordinaciones para tratar temas de SSR de adolescentes. Refieren que a la fecha, no han avanzado mucho; tal vez como si lo hicieron hasta hace 5 -7 años, no hay nada. Y la razón es que la labor en el Hospital es más asistencial que preventivo-promocional y que no tienen culpa de ello. Refieren que las normas están dadas así, ellos trabajan con metas y productividad. Por ello las posibilidades de coordinación con la población y la sociedad civil, es raro por no decir nulo, la única alternativa de solución es que tendría que haber un área o un programa específico, que se haga responsable y se ocupe de todas estas acciones participativas e integrativas.

Según los estudios de la UNFPA (2004); encontraron que los mecanismos actuales y potenciales para acercar a usuarios y proveedores a comprometerse en un diálogo por la calidad, están siendo auspiciados por agencias de cooperación internacional a través de proyectos con la sociedad civil y el gobierno. A nivel local, el organismo de coordinación permanente en salud (OCP), que trabaja en SJL, es un mecanismo potencial para acercar a usuarios con el sistema de salud. En ayacucho y ucajali, las mesas de concertación y de salud están siendo organizadas a nivel local y regional, pero se necesita de un mayor compromiso y de participación constante por parte de las instituciones involucradas. Si bien el MINSA participa en todos estos espacios, esta participación debe ser más constante. En cuanto a la participación comunitaria para establecer necesidades e intereses, esta es posible dentro de una estructura descentralizada la cual se ha estado llevando a cabo recientemente. La información sobre gestión en salud que está al alcance de la comunidad, tiene mayores probabilidades de éxito en establecimientos CLAS, ya que contempla la participación de la comunidad en la gestión. Sin embargo, el funcionamiento de los CLAS no es en todos los establecimientos y tampoco es uniforme. Lamentablemente, a la fecha estos sistemas de salud (CLAS), ya están desactivados (2009).

Del estudio en SJL; se encuentra que existen mecanismos de coordinación entre sociedad civil y MINSA: organismo de coordinación permanente en salud y Mesa de concertación distrital, pero que ambas requieren de una visión integrada de desarrollo. En el estudio aplicado en ayacucho; refiere que existen iniciativas desde DISA y ONGs locales para mejorar la calidad en salud; pero que desafortunadamente, los establecimientos de salud carecen de actividades enfocadas a los adolescentes salvo a nivel del hospital. Los CLAS están a diferente nivel de evolución, debe sensibilizarse a sus miembros y a la población en general sobre la importancia de la participación social. El SIS (seguro integral de salud) ha generado una gran demanda por servicios de salud, y por este motivo los proveedores de salud no tienen tiempo de realizar campañas promocionales, por ejemplo. Mientras en el estudio aplicado en ucajali; refieren que son escasos los mecanismos de participación ciudadana como el CLAS que no han sido exitosos, dado que queda por sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de los CLAS, así como apoyar las iniciativas en el establecimiento y fortalecer las Mesas de concertación de Lucha contra la pobreza; ya que existen proyectos que pueden convertirse en mecanismos que pueden acercar a usuarios y servicios en un diálogo de calidad.

5.2.2 PRINCIPALES ACIERTOS

Los principales aciertos detectados al desarrollar la entrevista a proveedores de la salud fue la siguiente:

- Que cuenten con herramientas e instrumentos básicos para atención y manejo del PSSR (papelería, formatos, órdenes de laboratorio, hojas de receta y recomendaciones, hojas HIS, cuadernos y reportes diarios, etc.). Para gineco-obstetricia: partogramas, historias clínicas, tarjetas de CPN, tarjetas y formato para psicoprofilaxis, tarjetas para control de PF, formato para VIH/SIDA, cuadernos/libro de ingresos-egresos, etc.
- Que dispongan de herramientas de calidad básicas (hoja de control, histograma, gráfico de control, etc.).
- Que se disponga del primer análisis diagnóstico situacional, resultados y alcance de metas, en la gestión administrativa del Dr. Juan Carlos Yafac²⁶².
- El crecimiento exponencial de la población de Huaycán exigió el incremento de consultorios y otros servicios del hospital, para ello se acondicionaron ambientes, otros se construyeron con material prefabricado, y se compartieron oficinas para realizar las funciones y dar mejor atención a los/las usuarios/os.
- Mejora de áreas hospitalarias (Hospitalización: ambiente y número de camas), modernización de salas de parto y sala quirúrgica y remodelación de construcciones y pintado general de la fachada e interiores del Hospital (del color celeste clásico se pasa al amarillo)²⁶³.
- Implementación del servicio de monitoreo (2007).
- Que se cuente con un área y servicio a cargo de nutrición para clasificar a adolescentes madres de familia, niños y adolescentes varios con diagnóstico de anemia moderada-severa y desnutrición, además de incluir los casos de TBC (en cualquier caso, edad y circunstancia), el apoyo que reciben son alimentos balanceados mensualmente, previa evaluación y control del servicio, contando con la asesoría y apoyo económico de DISA IV y PRISMA.
- Contar con una unidad estadística interna, que año a año se va mejorando, pues tienen tres personas a cargo además del técnico en sistemas, responsable de imagen institucional y apoyo al área informática del Hospital de Huaycán.
- Que haya la intención latente de elaborar el plan anual, pues se cuenta con un programa de estrategias en DISA IV, que falta aplicarse íntegramente en Huaycán.
- Que el servicio de gineco obstetricia tenga claro sus funciones laborales. Ginecología: manejo de patologías ginecológicas, cesáreas, control de embarazos de alto riesgo y complicaciones de parto. Por su parte el servicio de obstetricia: manejo de control prenatal de bajo riesgo, psicoprofilaxis, planificación familiar, despistaje de PAP, consejería, partos eutócicos y puerperio. Hay coordinación interna y respeto en los ámbitos laborales, entre ambos servicios,

²⁶² Es posible que en gestiones anteriores se hayan realizado análisis de diagnóstico situacional y alcance de metas, pero como se carecían de medios tecnológicos y que los archivos de estadística estaban en proceso de implementación, no se cuentan a disposición estos con estos datos informativos, ya sea por motivos de extravío y porque no han sido registrados en la base de datos de la unidad de informática del Hospital de Huaycán--2009. Lo único disponible son las del Dr. Yafac, en su informe del 2005.

²⁶³ Remodelación y cambios de ambiente y estructura en general por gestión de Dr. Mauro Reyes-Director de DISA IV-Lima este, 2008/2009.

porque entendamos que juntos hacen una unidad y que es responsabilidad de los profesionales Ginecólogos apoyados por las Obstetrices, para que esto funcione bien.

5.2.3 PRINCIPALES DESACIERTOS

Los principales desaciertos detectados al desarrollar la entrevista a proveedores de la salud, además de observar, fue la siguiente:

- No contar con todas las herramientas básicas de calidad ni indicadores de control y medición de calidad, ya que gran parte de ello son analizadas en DISA IV, sólo se basan en el reporte de datos y algunos avances comparativos realizados por año, semestral y trimestral.
- Sucede lo mismo con gineco obstetricia, tienen data anual en estadística, por los reportes diarios, para no se nota un trabajo de evaluación de metas, resultados y planes prospectivos a aplicar en el servicio, pues sólo se brindan reportes generales para ser enviados luego a DISA IV y esperar disposiciones generales, por parte de la unidad central.
- Si hasta hace tres años se realizaba prácticas científicas, clínica de casos del Hospital de Huaycán; a cargo del servicio de gineco-obstetricia (ginecólogos-obstetrices e internas), a la fecha ya no se hace nada, el interno/a que rota por el Hospital solo se limita a guardias y atenciones pero que no son evaluados permanentemente.
- Que no haya un programa concertado que incluya a la comunidad y menos a los/las adolescentes en la prevención de enfermedades comunes, VIH/SIDA, control de embarazo por métodos anticonceptivos.
- Que no se logre llamar la atención del adolescente varón para que participe en las consultas externas, en los programas de psicoprofilaxis y planificación familiar.
- Que no se evalúe el grado de conocimiento de las consultantes, aprovechando estas sesiones de psicoprofilaxis, sobre el uso y manejo correcto de MAC, además de no asegurarse el dominio de temas en educación sexual, siendo usuarias del PSSR.
- Que no se haga incidencia y no se implemente hasta ahora el servicio de SSR para adolescentes (no tienen ambientes ni horarios diferenciados), siendo prioridad de los lineamientos de políticas de salud del adolescente.
- Que no se tenga un esquema de capacitación permanente del equipo de gineco-obstetricia en temas de SSR en general ni en temas de SSR para adolescentes.
- Que haya dudas por parte de los/las profesionales de gineco-obstetricia en el conocimiento y manejo de temas de SSR y sobre todo en Consejería, siendo responsables del programa.
- Que no haya coordinación y efectividad en la atención integral interna del hospital, como lo aseguran la profesionales de nutrición, psicología y odontología; pues entendamos que la adolescente y en general todas las madres embarazadas deben pasar por todos los servicios en su primera incursión, y no esperar complicaciones ni dejarlo todo al final.
- Que se tenga períodos de carencia de insumos: suplementos de hierro o métodos anticonceptivos además de otros implementos y medicamentos básicos, algo que podía preverse si se hace una gestión adecuada de requerimientos anuales.

- Que no haya una programación anual sobre las actividades a realizar en el año, las metas a lograr y retos a lograr, ni acciones de extensión comunitaria que alcance a los colegios, en consejería y educación sexual a adolescentes de la comunidad educativa principalmente.
- Que aún cuando sea efectiva la realización de acciones educativas en los colegios, en plan de acercamiento y trabajo por los adolescentes de la comunidad; no se cuente con personal adicional que se ocupe del programa, ni presupuesto económico para su traslado a dichos puntos. Muchas de las profesionales se trasladan a pié y si utilizan mototaxi, lo hacen con sus propios recursos, que ya de por si, están golpeadas por sus bajos salarios. Huaycán tiene sectores aún no pavimentados, cerros y laderas empinadas y bastante aisladas²⁶⁴.
- Que no existan mecanismos de coordinación con el resto de la sociedad civil para integrar y realizar acciones conjuntas en beneficio de Huaycán.

Es así, que en el estudio de la UNFPA (2004) aplicado a varios países internacionales (India, kyrgyztan, Mauritania, Nepal, Tanzania) y en 3 zonas de Perú (SJL, ayacucho y ucayali). Si bien estos países presentan claras diferencias culturales, sociales, políticas y económicas, también comparten similares desafíos en la prestación de servicios de calidad en SSR en un contexto de disminución de recursos y de una reforma del sector salud. En lo concerniente a las 3 áreas de intervención en Perú: San Juan de lurigancho, ayacucho y ucayali, difieren mucho en varios aspectos: el nivel de desarrollo económico, la proximidad a la ciudad capital, la disponibilidad y acceso de servicios de salud y los antecedentes socio-económicos y culturales de los beneficiarios-objetivo. Sin embargo, también existen semejanzas en algunos temas como la falta de servicios de calidad eficientes y coordinados para adolescentes, los problemas en SSR que enfrentan los jóvenes y la presencia activa de grupos organizados de jóvenes.

Ha quedado claro entonces, que en relación al tema de calidad, el trato entre proveedores y usuarios es un tema crítico a trabajar; pues existen una serie de obstáculos legales para que los adolescentes accedan a servicios, y puedan recibir trato diferenciado dependiendo de si son sexualmente activos o no. Crítico también lo es el fortalecimiento de alianzas para la participación de todos los involucrados alrededor de una visión concertada y compartiendo los procesos, como se verá a continuación.

5.3 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL OBJETIVO 3: PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SOCIEDAD CIVIL.

La separación entre sexualidad y reproducción ha dado paso a la construcción de los "derechos sexuales y reproductivos", que buscan relacionar entre lo público y lo privado en forma de un cambio de paradigma. Se definen como derechos y libertades fundamentales de todas las personas -sin discriminación-, que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones

²⁶⁴ A la fecha sólo tienen pavimentado pistas y calles principales de Huaycán, labor reforzada desde el 2008 a la fecha, pero no se cubre el resto de sectores, que hace difícil su acceso en autos, que solo es a pié y a movilidad (mototaxi).

sobre aspectos propios de la vida humana. Su ejercicio implica contar con información y acceso a los servicios y medios que se requieren para ejercer estas decisiones. También conlleva el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo de placer, bienestar y felicidad posibles²⁶⁵.

Sobre el aporte de estas organizaciones a las políticas de salud, se informa que las más efectivas son las que demandan acción colectiva, respuestas innovadoras y comunitarias para los problemas de salud. Resulta paradójico pero en la mayoría de los casos se ‘responsabiliza’ a la incapacidad o renuencia del Estado para llevar a cabo acciones que superen la desintegración social dentro de las comunidades, omitiendo el análisis de la dinámica política, la correlación de fuerzas de otros factores y grupos de poder (Por ejemplo la Iglesia Católica; los laboratorios, la dependencia económica-financiera, etc.)²⁶⁶.

Con referencia a los problemas de SSR de la mujer y de la adolescente puede remarcarse la casi inexistencia de estudios o relatos de experiencias de demandas u organizaciones que trabajen en torno al problema en Huaycán, con lo importante que es esta cuestión en nuestro país; pero no, y será acaso, como dicen: que los grupos de la sociedad civil son los ¿grandes ausentes pero presentes? Lo cierto es que su presencia es nula, al menos en temas de salud sexual y reproductiva.

Al respecto, considero que de las lecciones aprendidas del profesor *Ciro Alegría*²⁶⁷, entiendo y asumo la idea de que la responsabilidad es compartida, tanto individual como colectivamente, y en este caso, es a través de las asociaciones en búsqueda o lucha de un objetivo en común. De pronto las responsabilidades pueden ser en grado primario o secundario pero que debe de asumirse acorde a la situación o nivel profesional o situacional en que se encuentre la persona. La responsabilidad es de todos y no sólo del Estado. Es derecho, es deber y es justicia.

En el estudio, se ha entrevistado a 10 representantes de la sociedad civil, como: ONG (2), profesores (1), Comisaría (1), DEMUNA (1), Parroquia (1), Emisora radial (1), Secretario general de la CUAH (1), Vaso de Leche (1) y Comedor popular (1). Donde, primero se evalúan los aspectos generales y segundo se describen los principales aciertos vs los principales desaciertos. Así:

5.3.1 ASPECTOS GENERALES

Primero debo aclarar que no hay estudios ni experiencias sistematizadas sobre la intervención de la sociedad civil en la zona de Huaycán en la problemática de la SSR de adolescentes. Sólo se cuenta con experiencias, parecidas pero no iguales, aplicadas por la UNFPA entre los años del 2001 al 2003 en 3 zonas de Perú (S JL, ucayali y ayacucho). Veamos entonces:

²⁶⁵ Casas L, Contesse J. *La píldora del día después. Derechos sexuales y reproductivos, protección de la vida y políticas públicas*. Caso preparado para Casoteca Latino-Americana de Derecho y Política Pública de la Escola de Direito de Sao Paulo de la Fundación Getulio Vargas. (Sitio en Internet) Disponible en:

<http://www.gvdirito.com.br/casoteca/casosEspanhol.aspx?PagId=DKGCTRVO>

²⁶⁶ Para el desarrollo de parte de esta sección nos basaremos en G. Biagini: Sociedad Civil y Salud como objeto de estudio: (1997-2002) en Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina.

²⁶⁷ Catedrático del curso de Ética y gobierno, PUCP, 2009.

5.3.1.1 Evaluación de la información de datos personales de los responsables de la sociedad civil de la comunidad de Huaycán

Al dirigirme a cada una de las organizaciones de la sociedad civil (n=10), no fui en busca de una persona del sexo masculino ó femenino, sino fui en busca de la persona que labora activamente en Huaycán. Digo esto porque el 70% (n=7) de las entrevistadas fueron mujeres, las únicas que encontré. El 50% (n=5) de éstas mujeres fluctúan entre las edades de 30 a 39 años y sobre las profesiones encontradas fueron variadas, como: enfermero, periodista, abogada, trabajadoras sociales, profesora y amas de casa.

Respecto al tiempo de intervención de los representantes de la sociedad civil en Huaycán, vemos que el 60% (n=6) de estas organizaciones vienen laborando en la zona, un promedio de 16 años (Demuna, Comisaría, Colegio, emisora radial vaso de leche y comedor popular); y las entidades más antiguas bordean los 25 años de intervención ininterrumpida (ONG, la parroquia y la CUAH). En este caso, la pregunta es ¿en tanto tiempo de intervención no han podido involucrar a los/las adolescentes en su ámbito de trabajo desde la perspectiva de considerar a la SSR como factor de desarrollo para reducir y combatir la pobreza de nuestro país? ¿Es saludable acaso haya tantas adolescentes embarazadas? .Esperemos novedades.

5.3.1.2 Evaluación de las perspectivas de los responsables de la sociedad civil sobre temas de SSR en adolescentes de Huaycán

La batalla para mantener vivo el “consenso de El Cairo”²⁶⁸ no sólo se libra a nivel de implementación y recursos sino también a nivel de conceptos y de derechos. Como viene siendo habitual, en cada reunión anual de la Comisión de Población y Desarrollo es necesario reafirmar, ante las fuerzas que intentan recortar y modificar los compromisos, que los acuerdos de 1994 son un mínimo incuestionable para avanzar en el camino hacia la erradicación de la pobreza. No caben, por tanto, pasos atrás en el reconocimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Conscientes de esta realidad, la sociedad civil internacional ha trabajado duro durante el proceso anterior y ha logrado elaborar así una propuesta consensuada que fue enviada a la responsable de la Misión Permanente de España ante la ONU para su negociación en la CIPD.

El trabajo en red entre las organizaciones de la sociedad civil²⁶⁹, así como entre éstas y los gobiernos, es imprescindible para lograr avances hacia el derecho a la salud y la mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Se analiza entonces, 11 perspectivas concernientes a los mecanismos de coordinación entre instituciones sobre temas relacionados a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de Huaycán en:

²⁶⁸ CIPD- Objetivos del Milenio, 1994. Objetivos incorporados sobre SSR: reducción de la mortalidad materna, asistencia del parto por personal cualificado y prevención del VIH/Sida - fueron incorporadas desde el inicio como Objetivos del Milenio (ODM). Más recientemente, el acceso universal a la salud reproductiva, objetivo fundamental de la CIPD, fue incorporado también como meta del milenio junto con diferentes indicadores relativos a la fertilidad adolescente, las necesidades insatisfechas de planificación familiar, la tasa de prevalencia anticonceptiva y la cobertura de cuidados prenatales.

²⁶⁹ Acciones actuales en temas de Violencia familiar y Maltrato y abuso infantil. Acciones a imitar para SSR.

embarazo, aborto, planificación familiar, ITS, VIH/SIDA, AOE, uso del condón, derechos sexuales y reproductivos (ver capítulo IV y anexos 3 y 5). Veamos a continuación el análisis de estas perspectivas sobre temas de SSR de adolescentes:

A) Todos coinciden, en que la “principal problemática de los y las adolescentes” de la comunidad de Huaycán son: el pandillaje, casos de violaciones y el embarazo en adolescentes, desinformación en MAC, carencia de afectos; además de la pobreza de sus pobladores en general. Respecto a las intervenciones que vienen implementando desde sus organizaciones, en general son limitadas, sin embargo tratan de resolver algunos casos que afectan a la comunidad.

B) Luego de revisar cada una de las respuestas dadas, por los miembros de la sociedad civil que trabajan en Huaycán, veo que; ninguno “coordina actualmente con representantes y/o proveedores de salud” del MINSA. Cada uno trabaja independiente ó aisladamente, y cuando se les pregunta las razones, aducen que son por razones internas; pero que sin embargo, les gustaría trabajar coordinadamente, principalmente, para manejar los casos de abortos y embarazo en adolescentes. Ya que, más de las veces ante estos casos, la actuación de estas organizaciones son derivarlos a los centros hospitalarios. Acción importante pero olvidan que deberían ó deben hacer seguimiento de éstos casos, y trabajar a favor de sus derechos sexuales y reproductivos (capacitándolos y/o generando contactos para organizar acciones a favor de ellos/as, por ejemplo); pero aducen que no se involucran es ésta problemática por diversas causas: factor tiempo, falta de recursos humanos y carencia de recursos económicos. Son algunas de las justificaciones de su inoperancia.

C) Se identifica que los representantes de la “sociedad civil tampoco coordinan con el resto de instituciones” de la zona, a excepción de dos de ellas (Parroquia y Demuna), que lo hacen esporádicamente. En general, tratan de resolver problemas inmediatos y lo primero que hacen ante casos sensibles de la problemática de adolescentes, ellos buscan la forma de derivarlos al Hospital de Huaycán ó al Hospital de Vitarte ó al Hospital Hermilio Valdizán ó al Hospital Hipólito Unánue, dependiendo de los casos y urgencias. En algunas excepciones, como lo hace DEMUNA Huaycán, deriva los casos graves e inmanejables a DEMUNA Vitarte o al MIMDES. Por otra parte, los grupos más desorientados sobre que y como coordinar son las amas de casa (club de madres y de comedores populares).

En general, muchos de éstos representantes se sienten limitados en sus acciones, porque creen que no pueden hacer mucho por la comunidad de Huaycán. Refieren que ellos dependen de lineamientos institucionales y presupuesto ya programado en las reuniones de inicio ó fin de año. Entonces su conducta es más expectante, más sus opiniones si que son interesantes en temas de SSR.

D) Respecto a “anticoncepción en adolescentes”; hay dos percepciones contrarias, la primera a favor y la segunda en contra. Definitivamente en esta última tienen que ver con su ideología religiosa. Es de esperarse que los representantes de la parroquia y la emisora radial (órgano de la parroquia) se expresen contrariamente al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Pero me sorprenden las respuestas de

la abogada de DEMUNA, de las trabajadoras sociales de las ONG y la profesora de un colegio estatal sobre sus argumentos negativos, a favor del uso de anticonceptivos para prevenir embarazos. Se justifican en que se debe alargar la consejería de métodos naturales aún cuando los/las adolescentes estén en actividad sexual. Refieren que lo ideal es recomendar la abstinencia. Otra representante expresa su negativa, apelando al marco legal: de que está prohibido y que recomendarlo es ir contra las leyes. Esto si es preocupante, pues tiene toda la razón (pero antes del 2005), el marco legal no autorizaba el uso de MAC a menores de 16 años, sino es con la anuencia y permiso de sus padres, lo cual dificultaba más aún el acceso de que los y las adolescentes acudan solas a los servicios de SSR. Argumento, que fue mejorado y aprobado en el 2005 para incrementar la cobertura y libre acceso a los servicios de MAC.²⁷⁰ El problema es que muchos profesionales de la salud y de derecho desconocen las nuevas normas legales.

Es preciso recordar, que quien ya está en actividad sexual es difícil se mantenga “casto” hasta el matrimonio. Hablamos de adolescentes de 14, 15,16 años. Casarse en estas edades es una locura, pero prohibirles que dejen de hacer algo que les resulta placentero, será mucho más difícil de sobrellevar. Por ello me preocupa sobremanera, la mentalidad de estas personas, en este siglo. Huaycán ya tiene un 25% de embarazos en adolescentes y un 20% de abortos en adolescentes. Los/las adolescentes se inician sexualmente a edades tempranas, muchos de ellos/ellas lo hacen antes de los 15 años. Uno no puede cegarse ante la realidad; los pobladores viven en casas hacinadas con múltiples familias, donde las violaciones e incesto son latentes día a día, y si no se tiene un manejo coordinado y uniforme sobre las conductas preventivas, pues no mejoraremos en nada el estilo de vida de estos adolescentes, ni menos se nos ocurra pensar en un proyecto o plan de vida saludable y beneficioso para ellos/as, a largo plazo.

E) Ante “el aborto”, casi todos coinciden en su oposición “No al aborto”, pero es evidente que responden influenciadas por la ideología religiosa que profesan. Al respecto me tomé la libertad de contarles una por una el caso de la adolescente de 17 años, Karen LLantoy, dándoles las referencias de la página Web de la ONU, para ver si consideran excepciones en los casos de aborto terapéutico (en malformaciones congénitas, en los casos de riesgo de vida de la madre y también en los casos de violaciones). Pero hay libertad de opinión y se respeta.

Los únicos abiertos a aceptar la idea y al hecho de recurrir al aborto en casos excepcionales fueron: el enfermero (joven de 23 años, secretario general de la CUAH) y el policía (padre de familia de 39 años con 15 años de labor policial y destacado en diversas zonas del Perú). En ambos casos; se entiende sus puntos de vista a favor del aborto. Las razones, según entiendo, son porque el primero conoce temas de salud, es su profesión y conoce la problemática, y en cuanto al policía, dada su experiencia profesional en zonas donde ha trabajado destacado y ha visto libertinaje, abuso y mucha pobreza (Bagua, Iquitos, San Martín, Puno, Huancavelica y Junín), sin olvidar los conos de Lima (ventanilla y Huaycán). Conoce los casos, pues refiere que siempre estuvo destacado en las oficinas de la unidad familiar de las diversas Comisarías del Perú y que siente tanta impotencia de lo “poco que puede hacer en su labor diaria como policía”.

²⁷⁰ RM 536-2005/ MINSA: si permite uso Mac a adolescentes sin tutoría o consentimiento de padres.

Algunos estudios demuestran que, la falta de confianza y la pobre comunicación con los padres, están relacionados con antecedentes de violencia familiar. Las adolescentes suelen buscar apoyo principalmente en su círculo de amigos²⁷¹. Si no existe confianza en los padres, poco se habrá logrado. Ya que cuando la adolescente se encuentra en problemas para decidir que hacer en casos de embarazo no planificado, y más aún, si la pareja rehuye o no la apoya²⁷²; son las amistades quienes las aconsejan recurrir a un aborto. Ella al sentirse sola, toman la decisión de abortar, pero lo hace con el mínimo o sin ningún apoyo moral²⁷³. Por ello es vital el nivel de confianza con los padres, ya que en estos casos, los padres comprenderían la condición de la adolescente asumiendo, muchas veces, la crianza del hijo²⁷⁴.

F) En cuanto a las “percepciones de las ITS, VIH/SIDA en adolescentes”, la mayoría coinciden en aceptarlo como un problema de salud pública. Hay más conciencia con el problema, conocen el manejo y los mecanismos preventivos. Por ello suelen recomendar el uso de preservativos ó condones como medida de prevención; para evitar embarazos precoces y posibles contagios por vía sexual.

G) Respecto al “uso de la AOE” (anticoncepción oral de emergencia ó píldora del día siguiente), definitivamente, con esta pregunta, causé alboroto en todos ellos/ellas; salvo algunas excepciones. La mayoría de los representantes de la sociedad civil, tienen la percepción de que la AOE es un abortivo. El único conoce los mecanismos de acción del fármaco es el enfermero (secretario general de la CUAH); quien además lo sugiere en casos de violaciones preferentemente.

Llama también la atención, decirles AOE, pues les resulta extraño como terminología farmacológica, pero si les es familiar cuando se les menciona como la “píldora del día siguiente”. Por ello, se entiende su posición y sus limitaciones en cuanto a los efectos, usos y ventajas de la AOE y por supuesto su temor a indicarlo y tomarlo en casos de emergencia. Desde mi percepción considero que la única forma de erradicar o disminuir sus prejuicios y miedos es mejorando su cultura en MAC.

La anticoncepción de emergencia surge en los años 60 como respuesta médica frente a las consecuencias de una agresión sexual, en particular en un embarazo no deseado. En la mayoría de los países se incluye en las normas para la atención de los casos de violación. Es conocida como "*anticoncepción postcoital*" y/ó "*píldora del día después*". En este sentido, la anticoncepción de emergencia es un gran avance para el ejercicio de estos derechos, porque permiten tomar decisiones autónomamente para evitar un embarazo no deseado.

H) En cuanto a las “medidas de prevención para fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes” de esta comunidad., las percepciones vertidas son variadas e interesantes. Todos

²⁷¹ Henshaw SK, Kost K. Parental involvement in minors abortion decision. *Fam Plann Perspect* 1992; 24(5): 196-207.

²⁷² Menezes G, Aquino E, da Silva D. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saude Pública* 2006; 22(7): 1431-46. USA.

²⁷³ Costa RG, Hardy E, Osis MJ, Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saude Publica* 11(1):97-105. Brasil.

²⁷⁴ Zabin LS, Hirsch MB, Emerson MR, Raymond E. To whom do inner-city minors talk about their pregnancies? adolescents Communication with parents and parent surrogates. *Fam Plann Perspect* 1992; 24(4): 148-54.

entienden, que no están involucrados completamente con la problemática adolescente. Sin embargo desde su óptica y según la casuística ellos vienen trabajando con este grupo poblacional, pero en temas de trabajo y pobreza. Al respecto, hay mucho interés en fortalecer las habilidades y capacidades de estos adolescentes, empoderarlos en sus DSR, y así disminuir la pobreza y subdesarrollo de nuestro país.

D) Finalmente, sobre las “recomendaciones al Hospital de Huaycán para mejorar la calidad de atención de los servicios del PSSR de Adolescentes”; la mayoría de los representantes de la sociedad civil requieren de la presencia y participación del MINSA para el manejo y coordinación de la problemática de adolescentes y poder trabajar conjuntamente. Sugieren mejorar el trato, el tiempo de espera y más medicinas. Asimismo sugieren al hospital trabajar en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria, intra y extra hospitalaria y reclaman además la presencia de un personal especializado en el manejo de programas para adolescentes.

5.3.2 PRINCIPALES ACIERTOS

Si se habla de los principales aciertos de estas organizaciones civiles, sería el hecho de mantenerse activos durante muchos años en Huaycán y de lograr identificarse en algunos sectores de la población:

- En casos de abuso sexual y violencia familiar (maltrato y abuso sexual en niños y adolescentes), saben que pueden ir a DEMUNA y a la Comisaría. Trabajan en redes.
- Si se quiere fortalecer capacidades y habilidades para la lucha contra la pobreza, brindando asesoría y apoyo a los jóvenes en trabajos temporales, saben que pueden recurrir a las ONG.
- Si requieren de medicinas gratuitas y cobijo temporal a quienes son expulsadas/os de sus casas y familias, pues claro está que recurren a la parroquia.
- Si no tienen muchos recursos para proveerse de alimentos básicos, recurren a los comedores populares. Las madres lactantes y con niños pequeños acuden a los clubes de vaso de leche. Incluso acuden al Hospital de Huaycán, pues la institución en convenio con PRISMA brinda alimentos mensuales a pacientes con TBC, a adolescentes y niños(as) de bajo recurso; que están en riesgo de contraer anemia y desnutrición.
- Si se quiere hacer una denuncia pública sobre algún tipo de abuso o explotación, ó denuncias varias de problemas de la localidad, además de servir como propagador de trabajos temporales mayormente, utilizan la única emisora radial de Huaycán.
- Es admirable, desde mi perspectiva, el rol de la mujer representante de la sociedad civil en Huaycán. Muchas de ellas vienen de otros distritos y trabajan en la zona 8 horas diarias, expuestas a la intemperie y al polvo. Se trasladan por micro cuando vienen a la oficina y a pié cuando salen a “campo”. Sus oficinas, en su mayoría son de material rústico y con escasos implementos. ¿Problemas? Muchos que enfrentar. Viendo esto, se me ocurre preguntar: será que ¿las mujeres soportan más las injusticias que los varones? Digo injusticias, porque su labor es apoyar a los más necesitados de la población dentro de sus posibilidades y muchas limitaciones. Están ahí, esperan lograr cambios y brindar mejores oportunidades a la población de Huaycán.

5.3.3 PRINCIPALES DESACIERTOS

Los desaciertos ó acciones que faltan implementar son:

- Las organizaciones civiles en su mayoría enfocan temas de violencia familiar y no combaten la pobreza afectiva y mucho menos la SSR de los y las adolescentes de esta comunidad.
- Las ONG establecidas en Huaycán están atravesando por una etapa de crisis de sostenibilidad, pues los fondos con los que disponían hace 10 o 15 años atrás ya no son los mismos, y muchos se están autofinanciando. Sus acciones son limitadas y solo se centran en concluir y sostener proyectos iniciados tiempo atrás.
- Que las instituciones y organizaciones civiles, como miembros de la Mesa de concertación de la Lucha contra la Pobreza no consideren a la SSR como tema de interés. La práctica de los DSR de los/las adolescentes no es su prioridad. Por ello es importante recordarles que traer muchos niños al mundo sin planificarlos a edades tempranas es condenarlos al atraso y al subdesarrollo.
- Que la CUAH con 25 años de fundación como comunidad autogestionaria aún no esté reconocido por la Municipalidad de Ate y esté funcionando ilegalmente. Las elecciones internas para elegir a sus representantes comunales y al secretario general; es válido sólo para Huaycán pero no para la Municipalidad de Ate, ya que no existen legalmente.
- Ausencia de mecanismos de coordinación entre la sociedad civil y el MINSA para solucionar e intervenir conjuntamente en temas relacionados a la SSR de los adolescentes de esta localidad.

Los resultados indican que los supuestos de la intervención son válidos en tanto es necesario empoderar a los adolescentes en temas de SSR; también se requiere de un clima favorable a la calidad en SSR, donde involucre a los líderes locales y a la comunidad en su conjunto y no restringirse a los servicios de salud. El fortalecimiento de alianzas entonces sigue siendo muy crítico. Resultados que evidencian la necesidad de estrategias integrales de carácter multisectorial para abordar la problemática de la SSR de los adolescentes, lo que implica el desarrollo de planes conjuntos, incluyendo la propia participación de los adolescentes.

La comunidad, en el sentido más amplio, deben asumir el reto de promover la construcción de una identidad propia con base en principios de ciudadanía y corresponsabilidad social, los que exigen impulsar procesos de empoderamiento y estilos de vida saludables. Y es en este sentido que se debe propiciar un encuentro que articule la propuesta del PSSR en los adolescentes con la misión de los gobiernos locales, en el marco del proceso de descentralización en boga actualmente; el cual aparece como una estrategia necesaria para colocar en la agenda pública el tema tratado.

Finalmente, es difícil saber que será mejor para las futuras generaciones, como definir el bien para ellas, pero lo cierto es que no podemos dejarles un mundo peor del que recibimos. En este contexto, la investigación y el desarrollo constituyen políticas fundamentales para tratar de evitar empeorar la situación de generaciones e incluso para tratar de mejorarlas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación estuvo basada en fuentes de información de tipo cualitativo y cuantitativo. Se orientó a establecer indicadores que permitieran caracterizar la calidad actual de la atención ofrecida en los servicios de salud reproductiva, y que a su vez, en líneas generales, ha permitido evaluar el programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes; para así poder dar forma a una intervención y para proporcionar una línea de base que permita mejorar y medir el impacto de la misma.

6.1 CONCLUSIONES GENERALES

Se concluye que el programa de salud sexual y reproductiva (PSSR) de adolescentes del Hospital de Huaycán no presenta adecuados factores protectores, pues hay regular conocimiento y manejo insuficiente de protocolos de atención sobre el PSSR por parte de los proveedores de la salud, los que a su vez repercuten en los conocimientos y actitudes de las/los adolescentes del programa, y que además se ven afectados por la ausencia de mecanismos de coordinación entre el MINSA y la sociedad civil; dificultando la mejora de la calidad de atención de los servicios del PSSR de adolescentes de esta localidad.

6.1.1 Desde la perspectiva de los y las adolescentes

1. Las y los adolescentes encuestados(as) cursan el nivel secundario, siendo la mayoría de las encuestadas del sexo femenino; y la edad media es 17 años (ver capítulos IV y V).
2. Las y los adolescentes entre 18-19 años preferentemente, dependen de ellos mismos, ya que trabajan. El 30%(n=6) dependen económicamente de sus padres; y el 25% (n=5) son madres adolescentes que dependen de sus parejas. Siendo la edad de independencia económica los 16 años. Asimismo, la mayoría de las adolescentes encuestadas, 55% (n=11), son naturales de Lima.
3. La relación afectiva de los padres de los/las adolescentes es de grado regular, cuyo estado civil en su mayoría son “convivientes y separados”. Muy similar al estado civil de los/las

adolescentes, que se encuentran en condición de “convivientes”; y que hay adolescentes con antecedentes de “embarazo” que terminaron en aborto.

4. Hay relación entre el Nivel medio a bajo de Conocimientos con las Actitudes indiferentes de los y las adolescentes sobre su salud sexual y reproductiva.
5. El grado de satisfacción es calificado por los/las adolescentes en grado regular, sobre la atención recibida en las consultas. Los pormenores de insatisfacción engloban básicamente aspectos de tiempo, perfil profesional de los/las proveedores de salud, infraestructura, insumos, material visual y trato del personal; los que dan como resultado cierto grado de insatisfacción en la atención recibida en el Hospital y en el programa de salud sexual y reproductiva (usuarios/as y no usuarios/as).

6.1.2 Desde la perspectiva de proveedores(as) de la salud

1. La mayoría de proveedores de la salud entrevistadas son mujeres, cuyas profesiones son: enfermera, psicóloga, nutricionista, técnica de enfermería, interna de obstetricia, 4 obstetricas y médico. La edad media en que fluctúan estas profesionales es 42 años.
2. El tiempo laboral como profesionales es de 11 a 20 años desde que egresaron de las universidades y el tiempo que trabajan en el programa de salud sexual y reproductiva es 10 años. Su experiencia laboral es múltiple, pues la mayoría de las profesionales han trabajado previamente, tanto en otras instituciones de salud del MINSA (centros y postas de salud), como en consultorios y clínicas particulares, antes de llegar al Hospital de Huaycán.
3. Sobre las capacitaciones reportadas por los/las proveedoras de salud, sólo 8 de ellos se han capacitado en temas generales; pero en temas de salud sexual y reproductiva de adolescentes son nulas. Por lo que se deduce que en 15 años, un promedio de 5.64% de profesionales se capacitan al año en temas de SSR. Los años 2005 al 2007 fueron los años en que hubo mayor interés en capacitaciones en SSR (implementación y programación de capacitaciones en ITS, VIH/SIDA, PF y educación sexual). Posterior al 2007, ya no se evidencian las capacitaciones, salvo de 2 ó 3 profesionales, que por propia iniciativa se capacitaron en el 2008.
4. El Nivel de Conocimientos de los/las proveedores/as de la salud es de grado regular. Las estadísticas de la institución en que trabajan expresan cifras negativas; pues hay un promedio anual de 23.46% de embarazos precoces en adolescentes y un 16.77% de abortos en adolescentes (2005 al 2008).
5. Los proveedores de la salud del Hospital de Huaycán, indicaron que los principales problemas en adolescentes son: 1ro. Embarazos precoces, 2do. Abortos, 3ro. ITS y 4to. Desconocimiento, temores y prejuicios en el uso de MAC. Existe además problemas de causa interna, que compete

estrictamente a la institución hospitalaria, en relación a las políticas y a la gestión del Hospital de Huaycán.

6. Sobre el embarazo en adolescentes, los/las proveedoras(es) refieren que estos casos significan frustrar todo un proyecto de vida; pues les generan muchos conflictos como: ser expulsadas de sus hogares y quedarse desamparadas a merced de tantos peligros. Significa dejar de estudiar y cambiar el ritmo de sus vidas, pues tienen que trabajar. Adolescentes que se exponen a ser maltratadas por sus parejas y por los familiares de sus parejas. Consideran además que lo más lamentable es que muchas de ellas al siguiente año, otra vez se vuelven a embarazar.
7. Las percepciones sobre aborto son variadas y algunas coincidentes. Lo cierto es que, como gente de la salud, consideran que su misión es velar y dar vida, más no quitar o eliminar vidas. Por otro lado; hay un grupo que considera excepciones en los casos de malformaciones congénitas, más no en los casos de violaciones, pues cabe la posibilidad de seguir terapias recuperativas para las adolescentes afectadas y sus familias. El equipo de Ginecólogos y algunas Obstetrices están a favor del aborto terapéutico, en casos de riesgo de vida de la madre por alguna enfermedad ó salud mental, violaciones traumáticas u otra índole. El aborto, fue y es; un caso muy controversial que se ve influenciada por las ideologías religiosas, las condiciones socioculturales de la población, y el país en general.
8. Sobre las percepciones en ITS (infecciones de transmisión sexual), VIH/SIDA; los y las profesionales opinan que es un problema de salud pública, que en Huaycán viene implementándose lentamente. Consideran que las ITS pueden tratarse, y si hay fallas es porque muchas veces no se da tratamiento a “la pareja”. Las adolescentes mayormente vienen solas a la consulta.
9. Actualmente no hacen coordinaciones para tratar temas de SSR en adolescentes con otras instituciones ó miembros de la sociedad civil. A la fecha, no han avanzado mucho; como si lo hicieron hasta hace 5 -7 años atrás. La razón es que la labor en el Hospital es más asistencial que preventivo-promocional. Las normas están dadas así, se trabaja con metas y productividad. Por ello las posibilidades de coordinación con la población y la sociedad civil es raro, por no decir nulo. Una alternativa sugerida por ellos mismos, es la disposición de un área ó un programa específico responsable en el tema para tomar acciones participativas e integrativas.

6.1.3 Desde la perspectiva de la sociedad civil

1. Las entrevistadas fueron en su mayoría mujeres, quienes fluctúan entre las edades de 23 a 39 años, cuyas profesiones son: enfermero, periodista, abogada, trabajadoras sociales, profesora y amas de casa.

2. El tiempo de intervención en Huaycán, es en su mayoría 16 años (Demuna, Comisaría, Colegio, emisora radial vaso de leche y comedor popular); porque las entidades más antiguas bordean los 25 años de intervención ininterrumpida (ONG, la parroquia y la CUAH).
3. La principal problemática de los/las adolescentes de la comunidad de Huaycán son: el pandillaje, violaciones, embarazo en adolescentes, desinformación en MAC y carencia de afectos. Además de la pobreza de sus pobladores en general. Las intervenciones que vienen implementando desde sus organizaciones son limitadas. Sin embargo tratan de resolver algunos casos que afectan a la comunidad.
4. La sociedad civil que trabaja en Huaycán NO coordina con representantes y/o proveedores de la salud del MINSA. Cada uno trabaja independiente ó aisladamente, y cuando se les pregunta las razones, aducen que son por causas internas. Pero que sin embargo, les gustaría trabajar en forma coordinada, principalmente en los casos de abortos y embarazo en adolescentes.
5. La sociedad civil tampoco coordina con el resto de instituciones de la zona, a excepción de dos de ellos (Parroquia y Demuna), que lo hacen esporádicamente. En general, tratan de resolver problemas inmediatos y lo primero que hacen ante casos sensibles de la problemática de adolescentes, buscan la forma de derivarlos a las instituciones hospitalarias (Hospital de Huaycán, Hospital de Vitarte, Hospital Hermilio Valdizán y Hospital Hipólito Unánue), dependiendo de los casos y las urgencias.
6. Respecto a anticoncepción en adolescentes; se obtiene dos percepciones contrarias, la primera a favor y la segunda en contra. Definitivamente, sus percepciones están relacionadas con su ideología religiosa. Algunas se manifiestan negativamente al uso de anticonceptivos y se justifican en que se debe alargar la consejería de métodos naturales aún cuando estas/os adolescentes estén en actividad sexual. Refieren que lo ideal es recomendar la abstinencia. El marco legal que no autorizaba el uso de MAC a menores de 16 años, sino era con la anuencia y permiso de sus padres; ha sido mejorada en el 2005.
7. Ante el aborto, casi todos coinciden en su oposición “No al aborto”, pero es evidente que ellas y ellos responden, influenciadas por la ideología religiosa que profesan.
8. Sobre las ITS, VIH/SIDA en adolescentes hay opiniones diversas, que coinciden en cuanto a aceptarlo como un problema de salud pública. Hay más conciencia con el problema, pues conocen el manejo y los mecanismos preventivos a aplicar. Suelen recomendar el uso de preservativos ó condones como medida de prevención; para evitar embarazos no deseados y para evitar posibles contagios por vía sexual.

9. Respecto al uso de la AOE (anticoncepción oral de emergencia ó píldora del día siguiente), la mayoría de los representantes de la sociedad civil, tienen la percepción de que la AOE es un abortivo. A excepción de 2 participantes, que dicho sea de paso lo sugieren si se dan relaciones coitales no planificadas y para los casos de violaciones.
10. Las percepciones vertidas sobre las medidas de prevención para fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes de esta comunidad, son variadas e interesantes. Aceptan que no están involucrados completamente con la problemática adolescente; sin embargo desde su óptica y según la casuística, ellos vienen trabajando con este grupo poblacional en temas de trabajo y pobreza. Hay mucho interés en fortalecer las habilidades y capacidades de estos adolescentes para empoderarlos en derechos sexuales y reproductivos.
11. Finalmente, sobre las recomendaciones dadas al Hospital de Huaycán para mejorar la calidad de atención de los servicios del PSSR de Adolescentes; reconocen primero, que se requiere la presencia y participación directa del MINSA, para coordinar y tratar diversos casos de la problemática de adolescentes, y poder trabajar conjuntamente. Sugieren mejorar el trato, el tiempo de espera, y solicitar más medicinas. Asimismo sugiere al hospital, trabajar en forma multidisciplinaria e interdisciplinaria, y de forma intra y extra hospitalaria. Reclaman además la presencia de un personal especializado, en el manejo de políticas y programas para adolescentes.

6.2 CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

De la aplicación de encuestas y entrevistas, tenemos:

1. En temas de sexualidad, las y los adolescentes tenían información variada, deformada e insuficiente. Pero estos conocimientos no se traducen en comportamientos preventivos de sus prácticas sexuales, a razón de los estereotipos de género. Es decir, a las representaciones sociales que sobre la sexualidad poseen en función de su medio social, influencias culturales y los imaginarios de género en cuanto a lo que es “ser masculino” o “ser femenino”. Además durante la investigación se evidenció que los/las adolescentes sienten miedo y vergüenza para manifestar sus dudas y viven la sexualidad como un mundo nuevo y atemorizante.
2. De la entrevista abierta con la docente, se concluye, que conversar sobre sexualidad con los alumnos/alumnas sigue constituyendo una experiencia amenazante y movilizadora de temores y culpas para los profesores. Se prefiere eludir el tema y darlo por sobreentendido, haciendo chistes y respondiendo generalidades en preguntas concretas elaboradas por los estudiantes; ó peor aún, rodeándolos de un silencio acusatorio que solicita del alumno “prudencia” y que, en consecuencia, se abandone el tema.
3. En relación con los aspectos de gestión y orientación hacia la satisfacción de las necesidades de salud de usuarios/as, se señala que el trato otorgado por el personal del establecimiento

hospitalario es el que mayor incide en este aspecto. Otros factores importantes, son la orientación del establecimiento (funcionamiento, capacidades y habilidades del personal médico) hacia la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios. Y resolver aspectos relativos al ofrecimiento de información del usuario y a la coordinación entre los servicios internos.

4. Se aprecia una inadecuada jerarquización de valores dentro del grupo familiar, influenciados por un sistema de creencias, con respecto al rol de género. Existe una deficiente comunicación y confianza entre padres e hijos. Los/las adolescentes tienen curiosidad sobre la sexualidad pero tienen miedo de preguntarles a sus padres y maestros y estos a su vez no saben cómo afrontar las preguntas de sus hijos y alumnos.
5. La adolescencia, sigue siendo ese período de transición y aprendizaje, en el que a menudo es difícil acceder a la información y a la educación sexual. El adolescente se encuentra con serios obstáculos en el uso razonable de los anticonceptivos y en los métodos preventivos de infecciones de transmisión sexual; debido a que el adolescente tiene una baja conciencia de riesgo, tanto de embarazo como de contagio de infecciones.
6. Es posible que el Hospital tenga que afrontar una serie de problemas de la calidad del servicio del PSSR y de cualquier otro programa; cuando: no se tiene claro los conceptos de cultura y de calidad de servicio, no se tiene cultura de invertir en calidad, hay alta rotación del personal encargado, no hay estándares de calidad de servicios y no hay conciencia de que estamos en la era de la calidad del servicio.

6.3 RECOMENDACIONES

Gracias al aporte y complemento teórico de los especialistas en salud sexual y reproductiva puede sugerirse algunas recomendaciones, como:

6.3.1 Garantizando el ejercicio de los DSR por parte del Estado y de la Sociedad civil

- El Estado está obligado a garantizar tres tipos de deberes: (1) Deber de respetar (2) Deber de proteger los derechos (3) Deber de cumplir con los derechos. El Estado tiene la obligación de prestar servicios de salud que sean necesarios para el cuidado de la salud de toda la población. Los servicios de SSR a las que todos(as) tenemos derecho se incluyen básicamente en el plan de atención básica, que se ocupa sobre todo de la promoción de la salud y el plan obligatorio de la salud. Y sin olvidar, el brindar infraestructuras e insumos adecuados, acorde a su realidad, a todas las jurisdicciones de salud.
- Proveedores en permanente actualización y capacitación, porque como ofertantes de la salud se les exige competencias profesionales.

- La comunidad, debe asumir el reto de promover la construcción de una identidad propia, con base en principios de ciudadanía y corresponsabilidad social, los que exigen impulsar procesos de empoderamiento y estilos de vida saludables. Propiciar un encuentro que articule la propuesta del PSSR de adolescentes con la misión de los gobiernos locales, en el marco del proceso de descentralización, el cual aparece como una estrategia necesaria para colocar en la agenda pública el tema tratado.
- Fortalecimiento de alianzas y participación concertada entre miembros del MINSA, Comunidad y Sociedad civil. Por ello es importante la coordinación intersectorial y multidisciplinaria de todos los involucrados, alrededor de una visión concertada y compartiendo los procesos; siendo el elemento de articulación los procesos de comunicación.

6.3.2 Mejorando programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes

- Proyectos que incorporen el aporte de adolescentes, logrando que los programas sean relevantes a sus necesidades (identificando diferencias generacionales en estilo, idioma, valores y cultura) y servir como vínculo a la comunidad.
- Programas que den mayor capacidad de divulgación de las actividades del programa y ayuden a interesar a sus pares a convertirse en participantes del mismo. Pares educadores, que comprometan las destrezas, la autoestima y el potencial de liderazgo entre los/las adolescentes involucrados.
- Programas y servicios que sean accesibles y asequibles para los y las adolescentes. Adolescentes que participen en el diseño de programas, compartan responsabilidades sobre su conducta sexual, fecundidad, salud y bienestar de sus compañeros(as) e hijos(as). Adolescentes que usen recursos de forma eficiente y eficaz.
- Programas que prioricen que la información y educación sobre temas de salud; tiene que ser lo más precoz posible; adecuado a la edad y a su desarrollo cognitivo y actitudinal. En el caso de salud sexual y reproductiva, debe instruirse antes que aparezcan los signos de maduración sexual como: la menstruación ó la primera eyaculación.
- Programas que reconozcan las diferencias socio sexuales, contexto social y económico de las/los adolescentes e identificar las intervenciones y enfoques adecuados. Investigar más en los temas.
- Programas que promuevan e insistan en la calidad del ejercicio profesional, tomando en consideración los avances en el campo de la prevención y atención de la SSR; así como de las necesidades específicas de la población adolescente. Estrategias que sean integradoras y multidisciplinarias.
- Es prioridad; invertir en actualizaciones, capacitaciones, investigaciones y tratamientos en el área de salud sexual y reproductiva. Acciones sostenibles y permanentes.

6.3.3 Recomendaciones finales

- Mejorar la calidad de la atención en salud exige que los directores de programas, proveedores de servicio, investigadores y defensores del consumidor estén convencidos de la importancia de la

calidad. Los especialistas en salud continúan perfeccionando la definición de calidad y las formas de medirla, al tiempo que los grupos de mujeres y ONGs alientan a los usuarios y comunidades a esperar y exigir servicios de atención sanitaria de calidad.

- Mejorar esfuerzos para entender e incentivar a los proveedores, y hacer de ellos sus aliados en el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva.
- Mejorar la calidad de atención en los servicios de Control prenatal, Consejería y planificación familiar para adolescentes de los establecimientos del Ministerio de Salud en el Perú. Para ello debe trabajarse en muchos aspectos; y un primer paso, es sistematizando experiencias locales.
- Mejorar la relación interpersonal “proveedor de salud-paciente”. La comunicación es diálogo, “no sermón”, según expresan los/las adolescentes. Ello involucra a los padres de los/las adolescentes, obligándolos a involucrarse en un diálogo sincero y en un clima de confianza; es decir comprendiendo y conversando constructivamente, sobre temas sexuales.

Por tanto, la intención de atender a la población adolescente, es estratégica para el país. Su salud es su capital con el que ingresa para aportar al proceso de desarrollo. El adolescente sano y saludable, nutrido y calificado para el trabajo, responsables de su sexualidad y con capacidad de hacer felices a los que están a su alrededor; es el mejor aporte para el desarrollo de nuestro país.

Por ello, es importante reconocer que invertir en salud de los/las adolescentes, no es solo detectar daños y curar las enfermedades, sino también es desarrollar capacidades, promover capital humano y social, y construir agentes de cambio cultural en salud. La salud sexual y reproductiva constituye un derecho para todas las personas sin diferenciar el sexo, etnia, nivel económico ó la edad. Las y los adolescentes son también titulares de estos derechos apropiados a su desarrollo y necesidades. Por lo que, el reto más grande es cambiar el paradigma de un enfoque de atención a daños de la salud, a un enfoque de estilos de vida sana. Que para el caso de la salud sexual y reproductiva es dejar de estigmatizar el embarazo en la etapa de la adolescencia, que además también podría ser deseado y planificado y tomar en consideración el derecho al ejercicio de la sexualidad responsable, informada y libre de todo tipo de discriminación, incluido la edad.

Finalmente, considero que la intervención no debería centrarse únicamente en adolescentes, sino que debería incorporar un grupo de variables culturales y calidad de la interacción familiar; y que actúen como facilitadores de un desarrollo sano. Este estudio enfatiza la necesidad inminente de implementar programas y políticas de salud, principalmente en salud sexual y reproductiva acorde a “su realidad”; y que está dirigido a todas las Instituciones públicas y privadas, profesionales de la salud, educación y comunidad en general; orientadas al refuerzo de la comunicación y fortalecimiento de lazos en familias con hijos adolescentes. Asimismo, orienta a asumir criterios de responsabilidad moral, tanto individual como colectivo. Asumir que somos sujetos moralmente responsables, es asumir que somos sujetos que trabajan con valores y ética profesional, y ello implica tomar decisiones cada uno a su nivel. Acciones que favorezcan a los intereses generales, bajo la perspectiva de dejar un mundo mejor al recibido

GLOSARIO DE TÉRMINOS

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Abuso sexual.- es todo acto o juego sexual u homosexual que realiza una persona que se encuentra en un estadio de desarrollo psicosexual más adelantado que un niño o adolescente, estableciéndose una relación jerárquica y asimétrica. Estas prácticas sexuales son impuestas por la fuerza, la violencia física, amenazas o chantaje emocional.

Adolescencia.- Proceso biológico y sociocultural que se inicia con la pubertad y que asume diferentes características, dependiendo del contexto social y del momento histórico.

Autoestima.- Es la valoración que cada persona tiene de sí misma. Se expresa que la autoestima es alta cuando la persona se reconozca capaz y competente para plantarse los sucesos de la vida; y baja, cuando no hay confianza en sí misma.

Autonomía.- Consiste en la facultad de tomar decisiones convenientes, considerando los intereses, necesidades y ventajas propias, así como los derechos y puntos de vista de los demás, y actuar en consecuencia.

Cambios biológicos.- proceso que se manifiesta con los cambios en caracteres sexuales primarios (maduración de los órganos sexuales, posibilidades de procreación), Cambios en los caracteres secundarios (cambios externos que son producto de cambios internos) y Cambio en la auto imagen, en el esquema corporal (desadaptación frente a los cambios corporales, que producen inestabilidad y una excesiva preocupación en el aspecto físico). Intensificación de los impulsos sexuales.

Cambios emocionales.- La fuerza que cobra la sexualidad genera una serie de consecuencias en la vida emocional. El/la adolescente se torna más impulsivo y hábil emocionalmente, se observa inestabilidad, inflexibilidad, hipersensibilidad. En ciertos casos agresividad, como respuestas a los cambios que está sufriendo a todo nivel.

Cambios psicológicos.-Inicio del estadio de las operaciones formales. Pensamiento lógico- abstracto, pensamiento relacional, de tipo auto referencial y se despierta la capacidad de réplica. El desarrollo de la imaginación es muy importante. Para el adolescente todo es “blanco ó negro”, no hay matices.

Cambios psicosociales.- Proceso natural de fuerte orientación hacia los pares y alejamiento temporal de las figuras paternas. Necesidad de pertenencia a un grupo. Duelo del adolescente por la pérdida de su cuerpo infantil, sus relaciones de afecto, la seguridad y protección de los padres.

Cambios socioculturales.- Nuevos roles sociales que la sociedad espera que el/la adolescente asuma, que implican nuevas responsabilidades.

Conductas preventivas.- Comportamientos que disminuyen la exposición a los factores de riesgo para la salud y mejoran la calidad de vida. Comprende, entre ellas, la planificación para el uso del preservativo, la demanda de ayuda o de información en contenidos de salud reproductiva, o formar relaciones positivas entre los pares que no están implicados en prácticas de riesgo.

Decisión informada.- Facultad del usuario de elegir voluntaria y libremente un método anticonceptivo a partir del conocimiento informado sobre todos los métodos anticonceptivos y de sus propias necesidades.

Derechos humanos.- Son facultades, prerrogativas y libertades fundamentales propias a los seres humanos (a los que no se puede renunciar), cuyo ejercicio efectivo resulta indispensable para el desarrollo integral de las personas (hombres y mujeres). Se refiere al reconocimiento de que existen capacidades, opciones y recursos que son esenciales para que las personas se desarrollen plenamente y puedan disfrutar de un nivel de vida digno.

Derechos sexuales y reproductivos.- Son parte de los derechos humanos, cuyo fin es que hombres y mujeres logren vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. El Estado es quien debe garantizar que toda persona pueda decidir cuántos hijos tener; el espaciamiento de los hijos; controlar su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar, sin tener miedo o vergüenza; y estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas.

Diversidad: Este concepto abarca y conviene en su explicación todas las condiciones de manifestación humana. Es utilizado en diferentes espacios, desde la biodiversidad (variedad de seres vivos) a la diversidad étnica y sexual, donde se cuentan todas las expresiones de sexualidad y el erotismo humano.

Educación por pares.- Proceso educativo a modo de estrategia, trazado y efectuado por miembros de un grupo de la población, orientado a modificar el comportamiento y las actitudes de otros integrantes del grupo. Por ejemplo, adolescentes que imparten programas de educación sobre adolescencia.

Equidad.- Es la condición por la que ninguna de las partes es beneficiada de manera inicua en detrimento de la otra. Esta significación está relacionada íntegramente al espacio de la justicia.

Educación.- La palabra educación proviene del latín *educere* "guiar, conducir" o *educare* "formar, instruir". Puede definirse como todos aquellos procesos de socialización de las personas, siendo multidireccionales, por los cuales se pueden transmitir conocimientos, costumbres, valores y formas de actuar.

Educación para la salud.- Forma de información propuesta para optimizar los conocimientos y percepciones de la población, vinculadas a la salud y el desarrollo de prácticas personales, que guíen a la salud individual de la población.

Embarazo en la adolescencia.- importante distinguir si se trata de un embarazo deseado o no deseado por la adolescente. En cualquier caso se le debe brindar apoyo, remarcando la necesidad de información sobre su estado, la necesidad de contarles a sus padres ó un familiar de su confianza, y de involucrar a su pareja, apoyándola en el momento difícil en que se encuentra.

Equidad en salud.- Aspecto que contribuye a la solución de problemas de exclusión; por ello la educación para la salud debe centrar su acción en lo formativo, sustentado en la construcción de Ciudadanía. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos y equitativos que potencien la lucha social por el bienestar y la actitud individual colectiva de todas las personas.

Equidad de género.- cuyo propósito es generar igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, desde la promoción de la salud y la educación para la salud, modificando estereotipos de género que afectan la autoestima y repercuten en la salud integral y el desarrollo humano e igualmente implica favorecer procesos que brinden iguales oportunidades a hombres y mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y sus vidas.

Estereotipos sexuales.- Es una idea que generaliza y establece un patrón para todos los comportamientos de los miembros de un grupo. Las sociedades establecen modelos de conductas específicas y distintas para las personas, en función a su sexo. Esto determina estereotipos rígidos respecto a ser varón y ser mujer.

Género.- Roles tradicionales, como producto del aprendizaje social de ideas, valores, actitudes, papeles, prácticas y características culturales que contienen perspectivas de poder-subordinación entre hombre y mujer, y que las sitúan en mayor vulnerabilidad y riesgo. Tienen como punto de partida el sexo, son aprendidas, pueden cambiar con el tiempo y varían entre las distintas sociedades.

Identidad sexual.- Modo en que cada persona percibe su propia individualidad como varón ó como mujer. Desde una perspectiva psicológica la identidad sexual está formada por la interacción de la: Identidad de género, Rol de género y Orientación sexual.

Identidad de género.- Hecho personal de sentir, pensar y actuar como varón o como mujer en una cultura determinada. Se construye histórica y culturalmente desde el nacimiento a través de las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cada género.

Interculturalidad.- En la promoción de la salud y la educación para la salud reivindica la necesidad de desarrollar tanto valores de solidaridad, tolerancia y respeto como competencias y habilidades (en los

prestadores de salud y docentes) que permitan reconocer, en la relación con el “otro”, las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas, que son las que componen y construyen los procesos de salud-enfermedad de la población peruana.

Intersectorialidad.- Es definida como la integración de diversos ámbitos y actores en el proceso de desarrollo de políticas que permitan aunar fuerzas, conocimientos y medios para comprender y resolver problemas complejos que no pueden ser resueltos por un solo sector. Puede materializarse en iniciativas comunes, alianzas o relaciones de cooperación que logran mayor eficiencia en el uso de recursos y contribuyen a articular las diversas propuestas sectoriales en función de un objetivo común.

Mito.- Representación falseada o engrandecida de algo que se concibe en el conocimiento colectivo. Posee valor como componente cultural de enlace de una colectividad ó sociedad en lo que representa su imaginario figurado. En resumen es algo inventado por alguien, que pretende extenderlo como auténtico.

Orientación sexual.- Es cuando una persona se identifica como gay, lesbiana, bisexual, heterosexual, homosexual, transexual, etc.

Paternidad responsable Es asumir ser padre ó madre, el cual debe ser un proceso consciente y responsable, lo que implica velar por el desarrollo integral de los hijos(as): proporcionarles el cuidado de la salud, formación, educación y afecto, de modo que los hijos se integren a la sociedad como adultos sanos. Los efectos que deja el padre ausente en los niño (as) y adolescentes constituyen un acto de violencia grave (el niño/a sufre, está más expuesto al maltrato emocional, se vulnera sus derechos de identidad, tienen mayor vulnerabilidad social y tienen mayores problemas emocionales).

Orientación sexual.- Es entendida como el sentimiento íntimo, el gusto o preferencia que asume la persona para elegir hacia quien dirigirá su erotismo, afectividad y genitalidad.

Plan nacional concertado de salud.- Plan que permite integrar el sistema de salud superando duplicidades e ineficiencia, garantiza el aseguramiento universal en salud para vencer la principal barrera de acceso, organiza un modelo de atención preventivo promocional, provee servicios de salud de calidad, así como profundiza y reorienta el proceso de descentralización y participación social en salud. Dando prioridad efectiva a la salud, mediante el incremento sustantivo del presupuesto público y todo tipo de recursos para atender las graves necesidades de la población.

Programa.- Actividades y servicios en conjunto, organizado, sistematizado, coherente e integrado, que se ejecutan simultánea ó periódicamente, con los recursos necesarios; cuyo propósito es lograr objetivos establecidos anteriormente, determinados y relacionados con la salud; para dar respuesta a problemas de salud sexual y reproductiva.

Promoción de la salud.- Enfoque amplio, integral y medioambiental de la salud, que concede a las personas aumentar la vigilancia sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud constituye un proceso político y social que destaca tanto el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos sobre su salud como el garantizar que las políticas públicas favorezcan la adopción de decisiones saludables, que influyan en los determinantes de la salud, que operan fuera del sector sanitario.

Proyecto de vida.- A partir de una serie de valores constituidos, formados, integrados y ponderados, de la apreciación equilibrada y serena de las viabilidades de llevarlo a cabo, es que las personas perfilan la orientación y disposición con que diseñarán sus aspiraciones y su vida en general. Trazarse un proyecto de vida señala una disposición de adoptar una determinada condición en su actuar, una forma de imaginar el mundo y de vincularse con los otros hombres y mujeres de su entorno.

Rol de género.- hace referencia a la función y al papel que se asigna o atribuye al varón y a la mujer. Es todo aquello que una persona dice ó hace para indicar que es varón ó mujer. Es la expresión pública de la identidad de género, mientras que la identidad de género es la experiencia privada del rol de género.

Salud reproductiva.- Estado general de bienestar físico, mental y social que incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de procrear y la libertad para decidir el momento en el que se considere conveniente hacerlo.

Salud sexual.- Es la integración de elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor.

Sexo.- Está representada por el sexo biológico de una persona, si la persona tiene vagina, el sexo se considera como mujer. Y si tiene pene, el sexo se considera como hombre. Normalmente este antecedente se confiere en la constancia de nacimiento. En los seres humanos, el macho es denominado hombre y la hembra, mujer. Sin embargo, cada cultura atribuye diferenciadamente a los sexos una serie de características que no están en directa relación con la reproducción y que norman la formas de actuar, pensar y sentir de cada uno.

Sexualidad. Es la expresión del ser humano relacionado con “sentimientos, comunicaciones, relaciones y vivencias particulares de una persona, pero sobre todo con la capacidad expresiva, el afecto y el placer, y además la reproducción”. Se la determina como una dimensión humana basada en el sexo que involucra género, identidades de sexo, orientación sexual, erotismo, vinculación afectiva, amor, y reproducción.

Valores.- Hacen referencia al debe ser. Los valores son guías que orientan la conducta de los seres humanos, es decir, la escala ética y moral que las personas muestran a la hora de actuar. Un claro reconocimiento de ellos ayuda a tomar decisiones lógicas con lo que se piensa y se cree; se relaciona con la educación que cada persona ha obtenido desde niño.

Virginidad.- Es una condición social que se constituye en la posesión del himen. Tiene valor figurado y simbólico; generalmente se le solicita ó exige concretamente en su físico a la mujer, y envuelve en algunas culturas, ceremonias, formalidades, ritos que llegan a ser dolorosos y angustiantes. Aunque el entender habitual establece que la virginidad puede ser evidenciada, los estudios médicos alegan la relatividad de esta afirmación.

Vivir la adolescencia.- Implica asegurar: protección, participación, acceso a servicios, acceso al trabajo, acceso al juego, arte y deporte. La sociedad reconoce que el juego, los deportes, y el arte son medios y fines del desarrollo humano, y que los adolescentes necesitan tener acceso pleno a este derecho.

CALIDAD

Benchmarking.- Es el proceso de obtener información interna y de los competidores. Para el caso de la institución, puede obtenerse la información de sus datos históricos, de los reportes mensuales y anuales, las entrevistas con usuarios (as) y publicaciones locales. Para luego compararse con el resto de instituciones de la jurisdicción.

Calidad total.- con el fin de reforzar la cultura de calidad personal, los maestros de la calidad total plantean las cinco eses (centro de calidad, 1999). Una metodología japonesa que tiene por objetivo el desarrollar un ambiente de trabajo agradable y eficiente, el cual permite el correcto desempeño de las operaciones diarias, logrando así los estándares de calidad del producto o servicio requeridos por el usuario. La misma que debe ir orientado a condiciones de trabajo y al entorno físico así como a las personas:

Conceptos de calidad orientados al trabajo y entorno.- componentes: seiri, seito y sekito.

Conceptos de calidad orientados al entrono físico.- seiketsu y shitsuke.

Clasificación (seiri).- retirar del área de trabajo todos aquellos objetos y herramientas que no son necesarios para realizar las tareas diarias y dejando solo aquellos que se requieren para trabajar productivamente y con calidad. Con esto se eliminan áreas y en general se trabaja con mayor productividad.

Organización (seito).- principio de colocar c/cosa en su lugar para localizarla, más fácil y rápidamente cuando se necesita. Reduce el tiempo de buscar las cosas fuera de lugar, áreas limpias y se promueve cultura del orden.

Limpieza (sekito).- mantener el área de trabajo limpia. Ayuda a mejorar el estado de ánimo del personal, las maquinarias duran más tiempo y se trabaja en un ambiente más saludable.

Bienestar personal (seiketsu).- relacionado al estado de salud física y mental que requiere una persona para estar en condiciones óptimas y así desempeñar su responsabilidad con calidad.

Disciplina (shitsuke).- el efecto de las 4 eses desaparecerá si no se cuenta con la disciplina necesaria que ayude a incorporarlas en los hábitos diarios.

Cultura de calidad.- Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementado con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten en el cumplimiento de su misión.

Cultura de los valores.-Impresiones profundas que se tienen sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera éticamente correcto ó incorrecto, y que se lleva a la vida personal en forma congruente. Los valores que posee una persona con cultura de calidad son: interés continuo por el desarrollo intelectual, colaboradora, espíritu de servicio a la comunidad, respeto y buen uso del tiempo propio como del ajeno, y un comportamiento acorde con el decálogo del desarrollo.

Cultura de los hábitos.- Comportamientos observables que reflejan los valores internos de las personas. Una persona con cultura de calidad tiene los siguientes hábitos: mejora continua, atención y responsabilidad en el trabajo, prevención de errores, hacer bien el trabajo, planeación de actividades al corto, mediano y largo plazo. Evaluación constante de su desempeño, disciplina y constancia en el cumplimiento de sus compromisos.

Cultura de prácticas.- Procedimientos laborales aplicados al trabajo de forma continua, sistemática y repetitiva, ayudan al individuo a poner en operación los valores y hábitos de calidad. Son: las 7 herramientas básicas, las 7 herramientas administrativas, metodología para la solución de problemas atacando la raíz, control estadístico de procesos, programas de calidad basada en premios de calidad y programas de atención al cliente. Por ello, el conjunto de prácticas, hábitos y valores llevados a la vida laboral y personal conforman la Cultura de calidad, la cual se presenta bajo 2 perspectivas: actitud y vivencia diaria. Por ejemplo: contar con un sistema de atención al usuario no prosperará si el personal que atiende al usuario no tiene internalizado el espíritu de servicio.

Decálogo del desarrollo.- Mavila identifica 10 principios aplicados a la vida personal, que permiten un mejor desarrollo. Valores que representan un código de valores fundamentales para el desarrollo de una cultura de calidad. Sus principios son: orden, limpieza, puntualidad, responsabilidad, deseo de superación, honradez, respeto al derecho de los demás, respeto a la ley y los reglamentos, gusto por el trabajo, afán por el ahorro y la inversión.

Encuesta de las actitudes del personal.- Es una investigación importante donde nos indica lo que ellos/ellas realmente piensan y también conocer sus principales necesidades, el cual debe repetirse a los 12 meses. Y recién se podrá apreciar si el entorno está mejorando ó se está deteriorando. En una encuesta

del personal se pueden plantear preguntas sobre cultura, las comunicaciones, el trabajo, el entrenamiento, los usuarios(as) y el espíritu de cooperación.

Encuesta de cultura.- Preguntas como: ¿es una buena institución para trabajar ahí? ¿Cuál es la participación del personal en el programa? ¿Sabe escuchar el director ó el/la coordinadora del programa?

Encuesta de comunicaciones.- Preguntas como: ¿se le comunica al personal la información necesaria? ¿Cómo se enteran de las cosas? ¿Están las comunicaciones mejorando o empeorando?

Encuesta del trabajo.- Preguntas como: ¿está la gente satisfecha con su salario? ¿Están satisfechos con sus condiciones de trabajo? ¿Tienen trabajos desafiantes? ¿Tienen perspectivas de cambio?

Encuesta de entrenamiento.- Preguntas como: ¿han recibido los profesionales de la salud el entrenamiento adecuado?

Encuesta para usuarios(as).- Preguntas como: ¿sabe el personal quienes son los usuarios(as)? ¿Sabemos cómo se está desempeñando el programa en comparación con el resto de cedes? ¿Conocen bien el programa?

Encuesta para espíritu de cooperación: Preguntas como: ¿cómo son las relaciones con el/la coordinador(a)? ¿Qué piensa del personal de la Dirección? ¿cuál es el grado de cooperación?

Mantenga al usuario(a) satisfecho(a).- Para ello es necesario examinar los deseos de los usuarios(as), estrechar las relaciones, conocer las necesidades de los usuarios(as) y analizar como mejorar el servicio.

Servicio de calidad.- Es una acción utilitaria que satisface una necesidad específica de un cliente. A su vez, el servicio genera una experiencia psicológica en el/la usuaria(o). Calificaciones:

Servicio de calidad: consiste en cumplir las expectativas del usuario(a).

Servicio de baja calidad: indica estar debajo de las expectativas del usuario(a).

Servicio de alta calidad: señala estar arriba de las expectativas del usuario(a).

Servicio de calidad del servicio: consiste en que el servicio recibido es igual al servicio esperado.

Plan de acción ACT. (acciones de calidad total). Para mejorar la calidad del servicio, cuando sugiere acciones como: obtener información, formular la visión, evaluar procesos, generar un plan de acción y establecer y supervisar estándares

Plan para obtener información.- averiguar lo que desea el/la usuaria(o) adolescente en el servicio de SSR, y para ello hay tres formas: la recepción de quejas en forma directa, en el momento de la consejería ó a través de encuestas ó de forma anónima, depositándola en un ánfora. Es por ello que si se quiere

mejorar la calidad de atención en los servicios del PSSR se requiere primero modificar la actitud de los/las proveedores de salud e igualmente es preciso evaluar la actitud de los/las usuarios (as) adolescentes.

Plan para formular la visión.- Una vez obtenida los comentarios y sugerencias de el/la usuaria adolescente, entonces se debe proceder con el siguiente paso, que es el que el/la proveedora de salud responsable del PSSR imagine y elabore su visión sobre la forma lo que un servicio excelente debe proporcionar, el cual debe estar complementado con objetivos y metas del programa.

Plan para evaluar procesos.- es preciso analizar las fallas del PSSR y determinar las acciones a seguir de dónde puede mejorarse. Hacer una especie de benchmarking (tomar todos los datos posibles para poder determinar las fallas del programa, en general sobre las fallas en la calidad de atención). Y a medida en que avanzan las mediciones y comparaciones periódicas del programa le indicarán el grado de avance.

Plan para generar un plan de acción.- inmediatamente formular un programa de intervención para mejorar la calidad de los servicios. Siendo una de las acciones el entrenamiento y la actualización del personal de salud en lineamiento de políticas de salud del adolescente, protocolos de consejería, SSR y otros. Para ello primero, se debe distribuir responsabilidades de acuerdo al organigrama del Hospital de Huaycán, luego preparar un cronograma de trabajo para controlarlos, inmediatamente formular un programa de trabajo, el cual será instituido por trabajo en grupos (por ejemplo uno en consejería, otro en triaje, otro en visitas, etc.), y no olvidar el entrenamiento del personal de salud, el cual es básico para que no se cometan tantos errores.

Plan para establecer y supervisar estándares.- necesario para mantener su desempeño mejorado y es preciso supervisar estos estándares para asegurarse de que no se deterioren. Es preciso contar con un sistema de administración de la calidad para conocer con exactitud que sucede no solo en el área sino también con el resto de áreas. Es importante integrar al grupo de trabajo con el resto de programas para mejorar la calidad de los servicios y en la medida que se avanza, se debe monitorear el progreso de manera continua, el cual puede darse evaluando los datos originados comparándolos con el benchmarking original (la información puede medirse a través de las gráficas de control, gráfica de barras, análisis de Pareto y análisis de causa –efecto, etc.). Y ahí podrá percibirse si. ¿Cambió la actitud del personal tal como se planeó?, y de no ser así, ¿qué modificaciones puede hacerse? Esto implicará ajustar el programa y si es necesario modificar el programa cuando cambie y se incremente la demanda de usuarios.

BIBLIOGRAFIA

ALAYZA MUJICA, Maria Rosa

- 2008 “*Sociedad civil y Democracia*”. Maestría en Ciencia Política. Selección de textos. PUCP. Lima.
 “*Globalización y estados nacionales*” Maestría en Ciencia Política. Selección de textos. PUCP.

ALBERT, A.

- 1997 “*Parents, Children and Adolescents. Interactive relationships and development in context*” The
 Haworth Press. New Cork, London.

ALEGRÍA VARONA, Ciro

- 2009 “*Ética y gobierno*”. Maestría en Ciencia política. Selección de textos. PUCP. Lima, Perú.

ALVARADO, R. Y VERA, A.

- 2001 “*Evaluación de la satisfacción de usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud*”,
 Revista Chilena de Salud Pública, vol. 5, n° 2-3, págs. 81-89.

ÁLVAREZ, M.

- 2002 “*Familias cubanas con hijos(as): lo bueno y lo malo*”. Ponencia realizada en el XI Congreso
 Latinoamericano de Sociedades de Sexología y Educación Sexual, Nueva Esparta, Venezuela

AMARTYA SEN.

- 2000 “*Desarrollo y libertad*”. Premio Nóbel en 1998, de Ciencias Económicas por sus contribuciones
 a la investigación del bienestar económico. Editorial: Planeta.

APDP/ ASOCIACIÓN PERUANA DE DEMOGRAFÍA Y POBLACIÓN.

- 2009 “*Taller de capacitación: La Salud Sexual y Reproductiva, migración, violencia de género y
 Jóvenes. Integración de abordajes y evidencias científicas.*” con apoyo de las organizaciones
 ALAP//APDP/UNFPA/UPCH. Miraflores, Lima, Perú.

AUSEJO CASTILLO, Flavio Ernesto

- 2007 “*Gestión Pública y planeamiento estratégico*”. Maestría en Ciencia Política. Selección de textos.
 PUCP. Lima, Perú.
 2008 “*Política Pública y Sociedad civil*”. Maestría en Ciencia Política. Selección de textos. PUCP.

BARRANTES, M. y DÍAZ, M.

- 1992 “*Nivel de conocimientos y actitud hacia la sexualidad, en estudiantes de 5to. de secundaria del
 C.E. mixto Fe y Alegría y C.E. Antenor Orrego de SJ, 1991L*”. Tesis para optar el grado
 académico de Licenciada en Enfermería”. UPCH, Lima Perú.

BARROSO, M.

1991 “Autoestima del venezolano”. Caracas: Editorial Galac.

BLUE, Robert.

2000 “La salud en los adolescentes: problemas mundiales, retos locales”. Dpto. de ciencias de la población y de la salud familiar. Escuela Salud Pública Bloomberg, de la Universidad Jhon Hopkins, Baltimore, Maryland, Usa.

BOBADILLA, Percy y DEL ÁGUILA, Luis

1998 “Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo”. Maestría en Ciencia Política y Diploma de Gestión de diseños en proyectos sociales. Serie manuales de capacitación N° 3. Pact- Perú Lima: RA editores.

BOCANEGRA, L. y CABALLERO, E.

1989 “Nivel de conocimientos y actitudes en sexualidad humana en estudiantes de secundaria del CE. 152, José Carlos Mariátegui, Lima 1988”. Canto grande. Lima, Perú.

BOLAÑOS HIDALGO, Áurea; LUNA FLORES, Ariela y KALLPA asociación

2009 “Políticas públicas en las instituciones educativas”. Diploma de 2da. Especialidad en Gestión de Instituciones educativas promotoras de la salud. PUCP. Lima, Perú.

CALLE, I. y CANCHAPOMA, Y.

1999 “Características personales y experiencias sexuales en nivel de conocimientos sobre sexualidad en alumnos de 4to. de secundaria del CN. Mariano Melgar de Breña, 1999”. Tesis para optar el grado académico de Licenciada en de Enfermería, UPCH. Lima, Perú.

CANTÚ DELGADO, Humberto.

2006 “Desarrollo de una cultura de calidad. Instituto tecnológico y estudios superiores de Monterrey” Campus Monterrey. Mc. Graw Hill. México.

CARE

2008 “Youth & adolescent health Fact sheet”/en línea/ Family care international (consultado el 12 de octubre 2008). Disponible en: (<http://www.familycareintl.org/factyha.htm>).

CARDICH, Rosario

1994 “El aborto”. Movimiento Manuela Ramos. Lima, Perú.

CASAVARDE, L.

1994 “Actividades sexuales de los adolescentes según sexo”. Tesis para optar el grado académico de Licenciada en Enfermería. UPCH. Lima, Perú.

CASAS, L, CONTESSE, J.

- 2007 “*La píldora del día después. Derechos sexuales y reproductivos, protección de la vida y la Política pública*”. Caso preparado para Casoteca Latino-Americana de Derecho y Política Pública de la Escola de Direito de Sao Paulo de la Fundación Getulio Vargas. (Sitio en Internet) Disponible en: <http://www.gvdireito.com.br/casoteca/casosEspanhol.aspx?PagId=DKGCTRVO>. Visitado, el 17 de enero del 2009.

CEDPA / CENTRO DE ACTIVIDADES DE DESARROLLO Y POBLACIÓN

- 1996 “*Gender Equity: Concepts and Tools for Development*” Washington, DC: CEDPA, Disponible en: <http://www.cedpa.org/>.

CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTÁN.

- 1992 “*Manual de Capacitación en Género*” de OXFAM, Lima. Calidad de Atención en la salud Reproductiva (video sin año). Lima, Perú.

CENTRO DE ASESORÍA Y CONSULTORIA.

- 1999 “*Taller de Sexualidad y Educación sexual en la adolescencia*”. Barranquilla.

CERRUTI, S.

- 2004 “*Experiencias en la promoción de la salud sexual y reproductiva en la adolescencia*”. Ponencia realizada en el IV Congreso Venezolano de Salud y Desarrollo de las/los adolescentes. I seminario Internacional sobre manejo integrado de las necesidades de las/los adolescentes. V Jornadas Cient. del Programa de Prevención y Asistencia de Embarazo en la Adolescente. (PASAE). Valencia, Edo. Carabobo.

CESIP/UNICEF/SAVE THE CHILDREN FUND UK. Y CANADÁ.

- 1996 “*Escúchame, protégeme, seminario de especialización: estrategias y técnicas de Atención en Maltrato infantil*”. Lima. Perú.

CHAVEZ, Susana.

- 2004 “*Informe de consultoría SSR en el marco de la reforma sanitaria*”. Foro salud. Informe sin publicar. Lima, Perú.
- 2004 “*Cuando los fundamentalismos se apoderaron de las Políticas Públicas*”. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima. Perú.

CHAMBI CATAFORA, María Amparo del Pilar.

- 1996 “*Estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de salud acerca de la Salud Reproductiva de la adolescente*”. UTES, San Román, Juliaca, Puno, 1996. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública de la UPCH, Lima, Perú.

CHICOMA LUCAR, José Luis

2006 “*Análisis de La Gestión Pública*”. Maestría en Ciencia Política. Selección de textos. PUCP. Lima, Perú.

CHIRINOS, J.

1996 “*Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas asociadas al comportamiento sexual de riesgo en adolescentes escolares de colegios de la USE N° 6, Lima Norte, 1995*”. Tesis para optar el grado académico de Doctor en Salud Pública. UPCH, Lima, Perú.

CHUECA OSTOLAZA, Alberto Fernando.

1995 “*Conocimiento de salud Reproductiva en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nac. Cayetano Heredia, 1994*”. Tesis para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública de la UPCH. Lima, Perú.

CIUDADANÍA SEXUAL.ORG.

2008 “*Sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina*”./en línea/ Boletín electrónico sobre /consultado el 12 de octubre de 2008/. Disponible en: <http://ciudadaníasexual.org/boletín/b16/editorial.htm>.

CLADEM & CRLP.

1999 “*Silence and Complicity. Violence against women in Peruvian public health*”. Facilities (CRLP, Nueva York, 1999) p53.

CONSORCIO MUJER.

1992 “*Calidad de atención en la Salud Reproductiva. Una mirada desde la Ciudadanía femenina*”. Lima, Perú.

CORONA E.

1992 “*Taller sobre una perspectiva de género en salud sexual y reproductiva. Recuento de una Experiencia exitosa*”. Ponencia presentada en el simposio latinoamericano de planificación Familiar. México.

CORREA, Sonia y PETRECHSKY, Rosalind.

1992 “*Reproductive and sexual rights: a feminist perspective*”, en G. Sen, A. Germaine y L.C. Chen (Eds), Population policies reconsidered: Health, empowerment and rights, Cambridge. MA: U. Harvard University Press. p. 108. (Advierten que las raíces del término derechos reproductivos vinculado a la idea de integridad corporal y autodeterminación sexual, tiene genealogía antigua y culturalmente más amplia).

CRLP/DEMUS.

1997 “*Women of the world: laws and policies affecting their reproductive laws*”. Latin America and the Caribbean. Nueva York.

COSTA RG, HARDY E, OSIS MJ, FAÚNDES A.

1995 “*A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos*”. Cad Saude Publica 11(1):97-105. Brasil.

CUETO, Marcos.

2005 “*La vocación por volver a empezar: las políticas de población en el Perú*”. Rev. Perú, MED.exp. Salud pública, abril. vol.23, N° 02, págs. 123 al 131.

DÁVILA GARCÍA, Adriana, SÁNCHEZ RONDÓN, Karin y CHILÍN ROJAS, Noelia.

2000 “*Influencia del nivel de conocimiento en las actitudes sobre SSR de los alumnos de 4to. y 5to. de secundaria del Liceo Naval, 1999*”. Tesis para optar el grado académico de Licenciadas en Enfermería en la UPCH. Lima, Perú.

DE DIOS, LÓPEZ, Jorge.

2006 “*Análisis y diseño de Políticas Públicas*”. Módulo II: PP y bases legales en la asistencia social. Secretaría de desarrollo humano. Jalisco, México.

DEMING, Edwards; DURÁN, Joseph; HARRY, Mikel; ISHIKAWA, Kaoru y SHINGO, Shigeo

2006 “*Conceptos y fundamentos que aportan los maestros de la calidad. Desarrollo de una cultura de Calidad*”. Humberto Cantú delgado. págs.37 al 53.

DEMUS

1998 “*Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú*”. Reporte sombra. CLADEM-CRLP. Lima, Perú.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2000 “*Derechos sexuales y reproductivos de los niños y adolescentes*”. Resolución Defensorial N° 28-2000/DP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 15 de mayo del 2000. 1er considerando Lima, Perú.

DEVER, G.E. Alan.

1991 “*Epidemiología y administración de servicios de salud*”. Maryland: OPS.USA.

DIDES C.

2006 “*Voces de emergencia: el discurso conservador y la píldora del día después*”. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, UNFPA.

DONABEDIAN, A.

- 1966 “Evaluating the quality of medical care”, *Miltbank Memorial Fund Quarterly*.
- 1996 “Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: un texto introductorio”.
- 1990 “Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: un texto introductorio”
Perspectivas en Salud Pública, México: Instituto de Salud Pública.

DONAYRE MUÑANTE, Carmela

- 2008 “Epidemiología aplicada la Salud reproductiva”. Maestría en salud sexual y reproductiva.
Selección de textos. UPSMP, Lima- Perú.

ECHEBARRIA ARIZNABARRETA, Koldo.

- 2000 “Instituciones, Reforma del estado y Desarrollo: de la teoría a la práctica”. World bank. USA.

EGÚSQUIZA, O.

- 1982 “Actitud y conocimiento sexual en alumnos de ambos sexos de 5to. Secundaria, cono Norte, 1981.” Tesis de bachiller en Ciencias con mención en psicología. UPCH. Lima, Perú.

ENAHO/ENCUESTA NACIONAL A HOGARES/INEI

- 1998 “Encuesta para conocer la situación de la salud reproductiva y sexual de las mujeres en edad fértil residentes en áreas ecológica y culturalmente distintas: la Costa, Sierra, Selva y Lima Metropolitana”. Perú.

FAMILY CARE INTERNATIONAL.

- 1994 “Acción para el siglo XXI, Salud y derechos reproductivos para todos”. Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos recomendadas en el programa de acción de la CIPD”, celebrada en el Cairo, Nueva York.

FAMILY CARE INTERNATIONAL.

- 1995 ”Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos”. Marco acción sobre la base de los acuerdos y de las convenciones internacionales pertinentes, incluidas as conferencias de Beijing, Copenhague, El Cairo y Viena, Nueva York.

FALLAS UREÑA, Hannia Y VALVERDE CERROS, Oscar A.

- 2000 “Sexualidad y SSR en la adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud”. San José de Costa Rica.

FERRANDO, Delicia.

2007 “*Aborto clandestino en el Perú, hechos y cifras*”. Pathfinder y Flora Tristán. Lima, Perú.

FIGO

2006 “*Salud Sexual Y Reproductiva*” [En línea] Responsabilidades éticas y sociales relativas a los derechos sexuales y reproductivos,[Consultada 18 noviembre de 2008].Disponible:<http://www.fecolsog.org/userfiles/file/actualizaciones/interno2/saludsexart10.php>.

FRANCO, Olinda.

1999 “*A matter of honor*”, /BBC, Nightline.

FUCHS V.P. Y KRAMER M.J.

1972 “*Determinants of expenditures for physician’s services in the united states*”. 1948-1968.
Publicación DHEW N° (HSM) 73-3013. Washington D.c. Imprenta del gobierno de EE.UU.

GARCIA, P., CHAVEZ, S.; FERINGA, B.; CHIAPPE, M.; WELL Li, JANSEN K., CÁRCAMO C. HOLMES, K.,

2004 “*Reproductive tract infection in rural women from de highlands, jungle and coastal regions of Perú*” Bulletin of the world health organization, 82:7.

GRUNSELT, Anne.

1997 “*Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people*”: a review update, ONUSIDA, Ginebra.p7.

GUEZMES, A. y col.

2002 “*La violencia física y sexual en el Perú*”. OMS, UPCH y Flora Tristán. Lima, Perú.

GUTMACHER, Alan

1998 “*Institute (AGI). Into a new world: young women’s sexual and reproductive Lives*”. USA.

GUZMÁN, A.

2001 “*Información para mejorar la Salud Reproductiva*”. En: CIES, DFID, Policy Project la Salud peruana en el siglo XXI: Retos y propuestas de política., págs. 185 al 238.Lima, Perú.

HENSHAW SK, KOST K.

1992 “*Parental involvement in minors abortion decision*”. Fam Plann Perspect; 24(5): 196-207.

HUAMÁN CANCHARI, Yudi y JUSTO ÑAUPA, Ayda.

2001 “*Nivel de conocimientos y actitudes asociado al comportamiento sexual: adolescentes varones, Centro nacional nuestra señora de Guadalupe y San Julián, Lima 2000*”. Tesis para optar el grado académico de Licenciadas en Enfermería en la UPCH. Lima, Perú.

HUMBLE, MORAG.

1999 "A Quick Guide to Gender Analysis in Health and Population Projects." Documento preparado para Management Sciences for Health, Inc.

HUNT, Paul.

2005 "Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Misión al Perú, Nueva York: Naciones Unidas, (E/C N.4/2005/51/Add) págs. 22 y 23.

HURTADO, L. Y TORO, G.

1998 "Paradigmas y métodos de investigación en tiempo de cambios". Caracas: Episteme Consultores Asociados.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y SALUD/ UNICEF.

2000 "Servicios de salud sexual y reproductiva amigables, acogedores, apropiado para adolescentes" Unidad I -II: Módulo de consejería en sexualidad adolescente dirigido al personal de salud. Lima

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

1997 "Resultados definitivos. Perfil sodiodemográfico. Colección, análisis censal, N° 07, Censos nac. Lima, 1993. Estadística de la Niñez, la adolescencia y la Mujer". Compendio 1994-1996; Curso Subregional: Indicadores sociales, pobreza, mujer y niñez, Lima. Encuesta demográfica y Salud familiar, ENDES 1996, Lima, Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2007 "Censos nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. Perfil sociodemográfico del Perú". Segunda edición. Agosto 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA/ FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA.

1997 "Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú". "El desarrollo educativo de la Niñez y la adolescencia". La salud de la niñez, una evaluación de los niveles de exclusión. Lima, Perú.

IZQUIERDO, C.

2000 "Sexualidad y afectividad juvenil". Caracas: Paulinas Editores. Venezuela.

JAROL B. MANHEIM, RICHARD C. RICH

1986 "Análisis político empírico. Métodos de investigación en ciencia política". Análisis y procesos de políticas públicas. Alianza Universidad Textos. Versión española de Rosendo Gallego. Revisión técnica de Miguel Requena. Alianza Editorial. España.

KIT SADGROVE.

1997 “*Cómo hacer que funcione la calidad total.*” Panorama editorial. México.

LAHERA P., Eugenio.

2004 “*Política y Políticas públicas. Políticas sociales.*” División de desarrollo social. CEPAL. Chile.

LANATA, Claudio; ESPINO Susan y BUTRÓN, Betzabé.

2004 “*Mejorando la Calidad de la Atención de Salud en el Perú.*” Proyecto 2000, con apoyo USAID ESAN y MINSA. Intervención en Ayacucho, Piura, La libertad, Arequipa y San Martín, entre el 2000 al 2002. Lima, Perú.

LA ROSA HUERTAS, Liliana del Carmen.

2006 “*Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú.*” ¿Cuáles son, cómo se pueden garantizar? y ¿cuál es la agenda pendiente? INNOVANDO. Auspicios de IWCH Y CONAJU. Colaboración: IES, CONTRAJÓ, CONADES. Lima, Perú.

MAGALLANES REYES, José Manuel

2006 “*Estadística para el análisis político.*” Maestría en Ciencia Política. Escuela de graduados. Selección de textos. PUCP. Lima, Perú.

MAJONE, Giandoménico

1989 “*Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas: el análisis como Argumento y como Arte. El cambio de las restricciones institucionales.*” Colegio Nacional de Ciencias de ciencias políticas y administración pública, A.C. México.

MALAGÓN LONDOÑO, G.; GALÁN, R. y PONTÓN, G.

1999 “*Garantía de calidad en Salud.*” Editorial Médica Internacional Ltda., Bogotá, Colombia.

MANRIQUE VILLAVICENCIO, Lileya y CANAS CANO, Luisa

2008 “*Métodos y técnicas de investigación educativa.*” Diploma de 2da. Especialidad en formación educativa”. Facultad de educación. PUCP. Lima Perú.

MARSHALL, Alex.

1998 “*The state of World population 1998.*” (FNUAP, Nueva York) p24.

MEDELLÍN TORRES, Pedro.

2004 “*La política de las políticas públicas: propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad.*” División de Desarrollo social- CEPAL- políticas sociales.

MENEZES G, AQUINO E, DA SILVA D.

2006 “*Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy*”. Cad Saude Pública, 22(7): 1431-46.USA.

MINSA- PERÚ.

2007 “*Estrategia sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva*”. Planes y perspectivas. Lima, Perú.

2004 “*Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva*”. Lima, Perú.

MITCHELL, Ronald; BRADLEY, Agle Y WOOD, Donna.

1997 “*Camino a una teoría de Identificación y sobresalientes actores: definiendo principios de quien y qué cuenta realmente*”.Academia de administración.Vol 22.Nº 04.USA.

MOORE; H. Mark.

1998 “*Gestión estratégica y Creación de valor en el sector público: Visiones del valor público*”. Edic. Barcelona, España.

MORAL J. M.

1998 “*La Juventud como reconstrucción social: análisis desde la psicología social de la adolescencia*”
Revista electrónica iberoamericana de psicología social. AS 933-1998. /en línea/disponible en/
www.psico.unionvl.es/ (consultado el 16 enero del 2009).

MORENO GUTIÉRREZ, Nelly

2008 “*Salud reproductiva F*”. Maestría en Salud sexual y reproductiva”. Selección de textos. UPSMP.

2009 “*Salud Sexual*”. Maestría en Salud sexual y reproductiva”. Selección de textos. UPSMP. Lima.

MULLER DE LA LAMA, Enrique.

1998 “*Cultura de calidad de servicio*”. Editorial Trillas. México.

MUÑOZ PORTUGAL, Ismael y ALZA BARCO, Carlos

2006 “*Políticas Públicas y Gerencia Política*”. Maestría en Ciencia Política. Selección de textos.
PUCP. Lima, Perú.

NIZAMA RUIZ, Estrelia y SAMANIEGO SALCEDO, Alejandro.

2007 “*Cómo mejorar la educación para la Salud. Diagnóstico situacional y propuestas*”. Investigación Breve. 25. CIES y CARE Perú.

OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL MINISTERIO DE SALUD.

1997 “*Defunciones registradas, Perú: 1994-1995*”. Lima, Perú.

OLIVER, R. L.

1980 “A Cognitive Model of Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions”, Journal of Marketing Research, vol. XVII, noviembre, pgs. 460-469.

OMS / ORGANISMO MUNDIAL DE LA SALUD

1996 “Female genital mutilation: prevalence and distribution, Female genital mutilation: Information Kit” (OMS, Ginebra, agosto 1996) p1.

OMS / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1998 “Ponencia Técnica sobre el Género y la Salud. OMS/Salud de la Familia y Salud Reproductiva” (FRH)/Día Mundial de la Salud/98.16. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>.

1998 “The second decade: improving adolescent health and development”, WHO/FRH/ADH/98.18, Adolescent Health and development Programme (OMS, Ginebra, 1998) p6.

2003 “Guía para la evaluación de servicios de calidad para jóvenes y adolescentes de la Unidad del niño y el Adolescente. Salud de la familia y de la comunidad”, OPS/OMS, docum. Borrador.

ONG FLORA TRISTAN

2008 “Las mujeres en el Perú en cifras”/en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre 2008). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>. Lima, Perú.

ONG MANUELA RAMOS

2009 “Proyecto ser jóvenes: ayudando a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y Jóvenes rurales 2006-2009”. Lima, Perú.

ONU /ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

2003 “La Salud y el Desarrollo de los/las Adolescentes en el Contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, 21/07/2003. CRC/GC/2003/4. (Visitada en diciembre del 2008). OBS.4.

1996 “Observaciones finales del 13 período de sesiones del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas: Uruguay”, par. 12 y 22, 11 de octubre de 1996, Doc. ONU CRC/C15/ADD.62 (Visitada en diciembre del 2008).

1994 “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo”, Lima.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/ OMS

1992 “Investigaciones sobre servicios de salud: una antología”, Publicación Científica, N°534, Washington, D.C.

1994 “La salud del adolescente y del joven”, Washington D.C.

1998 “Manual de monitoreo y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes”. N° 3. MSAS.

2003 *“Salud del adolescente en Latino América y El Caribe”*. Documento borrador. Guía para la evaluación de servicios de calidad para jóvenes y adolescentes. Unidad del Niño y el adolescente, Salud de la familia y de la Comunidad, OPS/OMS.

OPS y FONDO DE POBLACIÓN DE LA NACIONES UNIDAS.

1997 *“Guía para abogar por la Salud integral de los/las adolescentes con énfasis en Salud sexual y Reproductiva”*, Washington D.C. 1995. Educación permanente de personal de salud: un trabajo-aprendizaje en los servicios de salud. Tegucigalpa.

PATH (PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH)

1999 *“Improving interactions with clients: a key to high- quality services”*. Outlook 17(2) (July 1999).

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS/ COMITÉ INTERMINISTERIAL DE ASUNTOS SOCIALES (PCM y CIAS PERÚ)

2002 *“Bases para la estrategia de superación de la pobreza y oportunidades económicas para los más Pobres”*. Lima, Perú.

PNUD

2005 *“Informe sobre desarrollo humano Perú 2005: hagamos de la competitividad una oportunidad para todos”*. Lima, Perú. p.124.

PEÑA, Manuel.

2008 *“Perú: iniciativa regional sobre indicadores en SSR”*. (rep. de OPS/OMS). Lima, 28.

PORTOCARRERO, D, ET AL.

1998 *“La situación de los niños niñas y adolescentes”*, en Revista niñez y adolescencia, N° 03, grupo de Iniciativa nacional por los derechos del Niño, Lima, Perú.

POPULATION COUNCIL

1999 *“Mensajes sobre Salud Sexual y Reproductiva”*. Tomo I. Oficina regional para América latina y el Caribe. Página 15.

QUINTANA A. Y VÁSQUEZ E.

1997 *“Construcción social de la sexualidad adolescente. Género y salud sexual”*. Instituto de educac. y salud (IES), Lima, Perú.

QUISPE, H.

1997 *“Influencia de la educación sanitaria en las actitudes de las adolescentes frente al embarazo y Paternidad responsable del 5to. de secundaria del C.N. República de Chile”* tesis para optar el grado académico de Licenciada en Enfermería. UPCHH, Lima, Perú.

RAMOS, Mayda.

- 2003 “*Los derechos reproductivos son derechos humanos: protección por la defensoría del pueblo*”. en debate defensorial, revista de la defensoría del Pueblo, N° 05, Lima, págs. 83-102.

RAWLS, Jhon

- 1996 “El liberalismo político”. Traducido por Patricio Azcárate. Madrid, España.

SALAZAR CONDOR, Víctor Carlos

- 1997 “*Representaciones y prácticas sexuales en un grupo de adolescentes del cono norte de Lima*” Tesis para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública, de la UPCH.

SAVE THE CHILDREN

- 2004 “*Adolescentes y salud reproductiva*” www.savethechildren.org/mothers/report_2004/index.asp/ en línea //Consultado el 1 de noviembre 2008.

SCHALOCK, Robert L. y VERDUGO, Miguel Ángel.

- 2003 “*Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*”. Psicología alianza editorial. España.

SOCIAL WATCH. ORG

- 2008 “*Control ciudadano*”. Instituto del tercer mundo / en línea/ / consultado el 10 de noviembre del 2008/. Disponible en: www.socialwatch.org

STIGLITZ, Joseph E.

- 2002 “*La Economía del Sector Público: La eficiencia del Mercado*”. Columbia University.3ra. Edición.-España.
- 2002 “*La Economía del Sector Público: La Sanidad*”. Columbia University.3ra. Edición.-España,

SUÁREZ, R.

- 1987 “*Conocimientos sobre sexualidad humana en adolescentes y la influencia al sexo y grado de instrucción, en la comunidad urbano marginal 10 de octubre, SJL, 1986.*” Tesis para optar el título de Enfermera en la UPCH.

SUÁREZ DÍAS, Guadalupe; CUENCA CARTAGENA, Violeta; BOLAÑOS, Áurea y JINÉS, Teresa

- 2009 “*Diseño de proyectos de promoción de la Salud*”. Apoyo de la asociación Kallpa. Diploma de 2da. Especialidad en Gestión de Instituciones educativa promotora de la Salud. PUCP. Lima.

TENORIO D.R., YASMIN M.S, Y BONILLA R.

- 1995 “*La cultura sexual de adolescentes*”. Mención de argumentos de Cárdich (1994). Edición. Yale. UNFPA. Quito- Ecuador.

TEJADA DE RIVERO, David A.,

2003 “*Revista de perspectivas de salud*”. Subdirector de la OMS de 1974-1985. OPS.

THOMAS GAVELAN, Elizabeth

1997 “*Opción anticonceptiva y sexualidad en adolescentes estudiantes de 3ro., 4to. y 5to. Año de secundaria del Colegio Nacional Clorinda Mattos de Turne, 1996*”. Tesis para optar el grado académico de Médico Cirujano. UPCH. Lima, Perú.

UNFPA/FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

2004 “*Construyendo un modelo de intervención en salud sexual y reproductiva*”. Intervención en SJL, Ucayali y Ayacucho. Proyecto stronger voices for reproductive health. Lima, Perú.

2008 “*Invertir en adolescentes y jóvenes, una prioridad*”/en línea/. Adolescentes y jóvenes, los más pobres y vulnerables. / consultado el 5 de noviembre de 2008/. Disponible: <http://www.onu.org.pe/Upload/infocus/UNFPA-Invertir-Jóvenes.pdf>.

UNMSM/ UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

2007 “*Revistas de economía de la Universidad Mayor de San Marcos*” (UNMSM), consultado mayo del 2009. Disponible en: <http://economia.unmsm.edu.pe/servicios/publicaciones/revistas/articulos/REV007/REV07-ART01.pdf>.

UNPOPIN / UNITED NATIONS POPULATION INFORMATION NETWORK.

1994 “*Report of the international conference on population and development*” (Cairo, 5-13 september, 1994). UN population division, department of economic and social affairs.

VANCE Carole, S.

1989 “*El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad*”. En Vance C. ediciones. “*El placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*”. Edic. Revolución, Madrid. Pp.9-49.

VÁSQUEZ, Enrique; MENDIZÁBAL, Enrique:

2002 “*¿Los niños primero?; El gasto social focalizado en niños y niñas en el Perú 1990-2000*”. Universidad Pacífico/ save the children, Suecia. Lima, Perú.

VILLANUEVA, Flores.

2005 “*Protección constitucional de los Derechos Sexuales y Reproductivos*”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Reformas constitucionales y Equidad de Género, organizado por la Comisión económica para AL y el caribe (CEPAL), realizado en santa cruz. Bolivia.

VILLORIA MENDIETA, Manuel.

2000 “*Ética Pública y corrupción: curso de ética administrativa. La cultura organizativa*”. Madrid.

VINCENT COMMENNE

2006 “*Responsabilidad social y ambiental: el compromiso de los actores económicos*”. Una guía para promover la ética y el desarrollo sustentable. Traducido del Francés por Marcela De Grande. Aportes del Catedrático Ismael Muñoz Portugal. Editions Charles Leóplod Mayer. ECOSOL.- ECLM. Págs.1, 41, 73,199 y 278.

WAISSBLUTH, Mario.

2002 “*La Reforma del Estado en América Latina: Zanahorias, garrotes, sermones y la medición de su impacto*”. Guía abreviada para exploradores en la jungla. Polis. Programa latinoamericana de la gerencia Pública. Chile.

YOUNG K.

1988 “*Hacia una teoría de las relaciones de género*”. Ensayo monográfico. New York.

ZABIN LS, HIRSCH MB, EMERSON MR, RAYMOND E.

1992 “*To whom do inner-city minors talk about their pregnancies?*” adolescents’ communication With parents and parent surrogates. *Fam Plann Perspect* 1992; 24(4): 148-54.

ZEGARRA SAMAMÉ, Tula

2009 “*Salud Reproductiva II*”. Maestría en Salud sexual y reproductiva”. Selección de textos. UPSMP Lima, Perú.

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LOS y LAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN

- AMBITO: **1.- Usuarios (as) del PSSR del Hospital de Huaycán** ()
2.- No usuarios (as) del PSSR del Hospital de Huaycán ()

Por el intermedio saludo a todos y todas las adolescentes que participan en esta encuesta anónima, es decir, dar respuestas sin mencionar nombres, sobre temas relacionados a la salud sexual y reproductiva para un trabajo de investigación que se está realizando a favor de la población adolescente, y la única forma de cambiar esquemas de atención en los servicios que uds. acuden, es conociendo sus inquietudes y opiniones, y desde ya espero su sinceras respuestas, para así poder contribuir en la mejora de la calidad de atención de los servicios del programa. Las preguntas enfocan primero una información personal y luego en la parte de conocimientos, consiste en “marcar las alternativas” que uds. consideren es o debe de ser, la correcta y al final marcar alternativas de calidad y algunas opiniones de su interés.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. Edad:años
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Lugar de nacimiento: Provincia:..... Departamento.....
4. Grado de estudios: a) Primaria () b) Secundaria () c) Otro ().....
5. Dependencia económica: a) de pareja () b) de padres () c) independiente () d) Otro (especificar).....
6. Tus padres están: a) Casados () b) Separados () c) Divorciados () d) Convivientes () e) Otro (especificar).....
7. Señala la relación de tus padres o de las personas que te cuidaron de niño(a):
 - a) Tienen buena relación y son comunicativos
 - b) No se llevan bien pero se toleran
 - c) No se relacionan, casi ni se hablan
 - d) Pelean constantemente de forma verbal
 - e) Siempre pelean y llegan a los golpes
8. Has recibido información sobre salud sexual y reproductiva? SI () NO ()
9. ¿De quién recibiste información? a) Padre () b) Madre () c) Hermanos () d) Amigos () e) Profesor(a) () f) Profesional de salud () g) Libros () h) Internet i) Otros (especificar).....

II. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Marcar la alternativa que considera correcta, como verdadero (V) ó falso (F):

PREGUNTAS	V	F
1. La educación sexual contribuye al equilibrio y asesoría familiar		
2. La adolescencia es la edad propicia para iniciar la educación sexual		
3. El sexo es un conjunto de características que distinguen al hombre de la mujer		
4. El homosexual es una persona que gusta vestirse con ropa del sexo opuesto		
5. El útero, ovarios, trompas forman parte del aparato reproductor femenino		
6. Los testículos, escroto y pene forman parte del aparato reproductor masculino		
7. Los espermatozoides se producen en la próstata		
8. El óvulo se produce en el ovario		
9. La menstruación es el sangrado menstrual proveniente de la descamación del útero		
10. El embarazo es el proceso de concepción y desarrollo del nuevo ser		
11. La edad ideal para el embarazo fluctúa entre los 14 y 19 años		

12. Normalmente el embarazo dura 7 meses		
13. Es un factor de riesgo para la mujer embarazada el no tener control prenatal		
14. El aborto es la interrupción del embarazo		
15. La T de cobre es un método de anticoncepción natural		
16. La píldora del día siguiente es un buen método anticonceptivo		
17. Los inyectables de 3 meses, disminuyen el ciclo menstrual pero es normal		
18. La tableta vaginal es un método natural muy seguro.		
19. La píldora impide la ovulación y puede causar la esterilidad permanente.		
20. El lavado vaginal inmediato después del coito es un método muy seguro y eficaz.		
21. El coito interrumpido es un buen método practicado fundamentalmente por las mujeres.		
22. El mismo condón o preservativo puede usarse varias veces		
23. Paternidad responsable es tener los hijos que quieren tener		
24. Las ITS son enfermedades de los órganos genitales y se puede presentar sin síntomas en adolesc.		
25. El VIH/SIDA se contagia por caricias y lágrimas		
26. El uso del preservativo previene el contagio del VIH/SIDA		

Fuente: UPCH- Preguntas de Tesis, sustentadas en el año 1997 y en el año 2001(ver antecedentes de estudio y bibliografía).

III. ACTITUDES EN SALUD SEXUAL

Marcar la respuesta que considere correcta, considere: **A:** de acuerdo; **TA:** totalmente de acuerdo; **I:** indiferente; **TD:** totalmente en desacuerdo y **D:** Desacuerdo.

PREGUNTAS	A	TA	I	TD	D
1. Siento que la educación sexual contribuye a mi desarrollo personal					
2. El hombre debe tener una experiencia sexual par demostrar que es hombre					
3. Es necesario que una pareja de enamorados tenga relaciones sexuales					
4. Los padres deben de hablar de sexo a sus hijos					
5. El embarazo en adolescentes está relacionado al inicio temprano de las relaciones sexuales					
6. La mujer logra su máxima realización cuando es profesional y es madre					
7. Las relaciones sexuales solo se hacen para tener hijos y reproducirse					
8. Afrontarías un aborto en caso de embarazo no deseado					
9. Se debe desaprobare el aborto bajo toda circunstancia					
10. El aborto debe considerarse como métodos anticonceptivos					
11. Usar condón o preservativo es pecado					
12. Sólo las mujeres deben usar métodos anticonceptivos					
13. Si mi pareja me pidiera que use algún método anticonceptivo lo haría					
14. Un hombre que se opera para no tener hijos pierde su hombría					
15. Los hombres deben asumir su responsabilidad si embarazan a una chica					
16. Siento que la educación de la mujer influye en el N° de hijos a tener					
17. El que las familias tengan muchos hijos contribuye al desarrollo del país					
18. Si tuviera una ITS le dirías a tu pareja					
19. Quien tiene una ITS debe sentirse avergonzada					
20. La persona infectada con VIH debe ser separada del grupo					

Fuente: UPCH, Preguntas de Tesis, sustentada en el 2001, (ver antecedentes de estudio y bibliografía).

IV. CALIDAD DE ATENCIÓN

Marcar la alternativa que considera correcta, con Si ó No.

PREGUNTAS	Si	No
1. La relación que entabló con el Médico/Obstetrix fue buena		
2. Las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas		
3. La consulta le permitió aprender algo más sobre su problema		
4. Encontró adecuado el ambiente físico en donde fue atendido/a		
5. Se le proporcionó material educativo en la consulta		
6. Si necesitara una nueva atención, regresaría donde el médico/obstetríz que le atendió y/o se lo recomendaría a algún amigo o familiar		

Fuente: MINSA-calidad de gestión, 2008.

ANEXO 1-A

RESPUESTAS DE CONOCIMIENTO

1. V	8. F	15. F	22. V
2. F	9. V	16. F	23. F
3. V	10. V	17. V	24. V
4. F	11. F	18. F	25. F
5. v	12. F	19. F	26. V
6. V	13. V	20. F	CALIDAD: SATISFACCIÓN
7. V	14. V	21. F	6 PUNTOS (SI=1 PUNTO).

ANEXO 1-B

RESPUESTAS DE ACTITUDES (VALORACIÓN)

	TA	A	I	D	TD		TA	A	I	D	TD
1.	5	4	3	2	1	14.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5	15.	5	4	3	2	1
3.	1	2	3	4	5	16.	5	4	3	2	1
4.	5	4	3	2	1	17.	1	2	3	4	5
5.	5	4	3	2	1	18.	5	4	3	2	1
6.	5	4	3	2	1	19.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5	20.	1	2	3	4	5
8.	5	4	3	2	1						
9.	5	4	3	2	1						
10.	1	2	3	4	5						
11.	1	2	3	4	5						
12.	1	2	3	4	5						
13.	5	4	3	2	1						

Anexo N° 02

ENTREVISTA APLICADA A PROVEEDORES DE LA SALUD

Indicaciones: se agradece a todo los y las profesionales de la salud por participar en la entrevista anónima del trabajo de investigación a favor de la población adolescente, y que tiene como único objetivo mejorar la calidad de atención de los servicios del PSSR de adolescentes. Por lo que agradecería sus sinceras respuestas y participaciones en cada ítem a preguntarse.

I. DATOS GENERALES DE LOS Y LAS PROFESIONALES DE SALUD

1. Edad (años cumplidos)	2. Sexo: F () M ()
3. Profesión: a) Médico () b) Ginecólogo () c) Obstetríz () d) Enfermera () e) Técnico de enf. () f) Nutricionista ().	
4. Cargo(s):	
5. Tiempo de desempeño profesional:	
6. Tiempo que trabajó en el Programa de salud sexual y reproductiva. (años y meses):	

7. ¿Desde que terminó de estudiar en qué lugares ha trabajado?

a)
b)
c)

8. ¿Qué capacitaciones ha recibido en el 2008 en el área de SSR del adolescente?

Tema	Veces	Institución	Días

9. ¿Cuándo fue el año en que recibió por última vez capacitaciones sobre SSR de los/las adolescentes?

Tema	Año	Institución	Días

II. MANEJO Y FUNCIONAMIENTO DEL PSSR PARA ADOLESCENTES

2.1. MARQUE V () ó F ()

ALTERNATIVAS	V	F
10. El servicio de adolescentes en su establecimiento está diferenciado de los otros servicios		
11. El horario de los servicios que ofrece el programa es accesible a los/las adolescentes		

12. Algunas actitudes de los/las proveedores limita el acceso de los/las adolescentes a los servicios y a la información que necesitan		
13. El hecho de ser proveedor hombre ó mujer facilita su relación con los/las adolescentes		
14. El perfil que requiere un profesional para trabajar con adolescentes es que sea capacitado o especializado en el tema.		
15. Los principios de consejería son: Privacidad, confidencialidad, imparcialidad, relación Interpersonal y empática.		
16. Los pasos de una consejería son: a) Establecer una relación de confianza, b) Analizar la situación, c) Complementar información y determinar el problema de consulta conjuntamente con el/la adolescente. d) Preguntar si existen dudas y preocupaciones, y e) Mantener contacto y seguimiento.		
17. La labor de del Consejero/a es: a) Proveer información clara, precisa, sencilla y actuar Como soporte emocional del adolescente. b) Facilitar la reflexión del adolescente, sopesando ventajas y desventajas de las posibles decisiones c) Estimular al adolescente a sentirse mejor consigo mismo.		
18. Defender los derechos humanos y Ciudadanía es: a) conjunto de principios, aceptación universal, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente. b) están orientados a asegurar al ser humano su dignidad como persona, en su dimensión como individual y social. c) y tienen la potestad de ejercerlas libremente como Ciudadano.		
19. Equidad de género sirve para: Romper la invisibilidad de las mujeres; Analizar como se ubican las mujeres y hombres en cada sociedad o comunidad (diferencia de roles, posiciones de poder, beneficios a que acceden y limitaciones para cada sexo); y Proponer modificaciones para las desigualdades que son injustas y que afectan a las mujeres en Nuestra sociedad.		
20. Exclusión social es: la escasez crónica de oportunidades y de acceso a servicios básicos. Y se refiere al no acceso a mercados laborales y de crédito, a condiciones físicas, a Infraestructura adecuada y al sistema de justicia.		
21. Reconocimiento y respeto a la diversidad cultural es: entender que somos un país Intercultural, un país con muchas culturas y etnias que merecen reconocimiento y respeto y cuyas poblaciones merecen respeto a su tradición, derechos comunales e individuales y Cosmovisión.		
22. Un servicio para adolescentes debe mínimamente: contar con ambientes y servicios diferenciados; tener horarios diferenciados y debe contar con profesionales competentes.		
23. La AOE se recomienda preferentemente a personas de la tercera edad		

Fuente: Norma Técnica de Consejería en SSR para adolescentes, MINSA, Perú, 2005.

2.2. Opinión sobre la SSR de las/los adolescentes

24. ¿Cuál crees que es la principal problemática de los/las adolescentes de esta localidad?
25. ¿Qué opinas sobre los métodos anticonceptivos en los/las adolescentes? y ¿Cómo crees que debe de ser los servicios de atención de las/los adolescentes en planificación familiar?
26. ¿Qué opinas del embarazo en adolescentes? y ¿Cómo es la atención de la adolescente embarazada en los servicios que UD. labora?
27. ¿Qué opinión te merece el aborto? y ¿En qué casos o circunstancias puede aceptarse el aborto?
28. ¿Qué opinión te merece las ITS, VIH/SIDA? y ¿Qué recomendaría a los/las adolescentes con ITS, VIH/SIDA?
29. Mencione las acciones que hacen o que pueden hacerse para mejorar la calidad de atención en los/las adolescentes en coordinación con estos aliados estratégicos de la sociedad civil:
 - a) Con DISA IV:.....
 - b) Con el Municipio:.....
 - c) Con los Colegios:.....
 - d) Con DEMUNA:.....
 - e) Con ONGs:.....
 - g) Con la Comunidad:.....
 - h) Con otros:.....

ANEXO 2-A

RESPUESTAS DE ENTREVISTA A PROFESIONALES (V) Ó (F)



10. F	18. V
11. F	19. V
12. V	20. V
13. F	21. V
14. V	22. V
15. V	23. F
16. V	
17. V	

ANEXO N° 03

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A SOCIOS ESTRATÉGICOS LOCALES

Guía aplicada a los/las representantes responsables de Instituciones como: ONG locales, Demuna Huaycán, agencia municipal, Parroquia, Colegios, Comedor popular, Vaso de leche, y a la Unidad comunal de Huaycán para realizar un trabajo de investigación en salud sexual y reproductiva para adolescentes. Siendo prioritario conocer sus percepciones para saber si existen mecanismos de coordinación y alianzas en la localidad de Huaycán que intervienen en la problemática de la SSR de los/las adolescentes. Previamente se pide autorización para tomar apuntes, notas y/o grabación respectiva sobre las opiniones vertidas durante la entrevista, la misma que será aplicada en forma anónima..

I.- INFORMACIÓN PERSONAL

1. Institución:
2. Tiempo de intervención en Huaycán:
3. Zona de intervención:
4. Profesión del especialista:
5. Edad del especialista:

II. PERSPECTIVA DE LOS SOCIOS ESTRATÉGICOS SOBRE SSR DE ADOLESCENTES

Responder brevemente:

6. ¿Cuál es la principal problemática de los/las adolescentes de la localidad de Huaycán y que acciones ha implementado o viene realizando desde su organización?
7. ¿Qué acciones realizan en coordinación con los/las proveedores(as) de salud del MINSA?
8. ¿Participa activamente con el resto de instituciones de la localidad de Huaycán? ¿Con cuáles Instituciones, y sobre que problemática intercambian experiencias?
9. ¿Cómo entienden y manejan en su organización los temas de anticoncepción en adolescentes?
10. ¿Cómo entienden y manejan en su organización los temas de embarazo en adolescentes?
11. ¿Cómo entienden y manejan en su organización los temas de aborto en adolescentes?
12. ¿Cómo entienden y manejan en su organización los temas de ITS, VIH/SIDA en adolescentes?
13. ¿Recomendaría el uso del condón ó preservativos en adolescentes? ¿Por qué y para qué?
14. ¿Considera ideal para las adolescentes el uso de la “píldora del día siguiente”? ¿Por qué y para qué?
15. ¿Cómo puede contribuir para fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes?
16. ¿Qué recomendaciones finales le sugeriría a la Institución Hospitalaria para dar una atención de calidad a los/las adolescentes de la comunidad de Huaycán?

ANEXO N° 04

PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS/LAS ADOLESCENTES DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL HOSPITAL HUAYCÁN

1. PRINCIPAL PROBLEMÁTICA DE LOS/LAS ADOLESCENTES DE HUAYCÁN

El primer paso para iniciar el trabajo de investigación es identificar prioritariamente la principal problemática de los y las adolescentes de la localidad de Huaycán, la misma que debe de ser evidenciada por los proveedores de salud, para así poder determinar las pautas de solución. Veamos cada una de las perspectivas:

“La principal problemática son los embarazos no planificados, incremento de ITS, mal uso de MAC, temor y prejuicio del uso de preservativos, y menos aún no tienen ni la mas mínima noción de conductas de riesgo, a ello hay que agregarle el uso de sustancias psicotrópicas (consumo de cerveza, alcohol y drogas) que son los detonantes vinculados a relaciones sexuales no planificadas, porque no usan MAC”. (Psicóloga, HH).

“Yo veo adolescentes, faltos de afecto, faltos de comunicación con sus padres y mucha carencia de amor entre ellos; los que dan como consecuencia Embarazos en adolescentes”. (Nutricionista, HH).

“El principal problema es el abandono y desapego familiar, su entorno es desfavorable, no solo vienen marcadas por la pobreza económica sino también vienen marcadas por la pobreza afectiva familiar, y contra eso las barreras son mas difíciles de superar. Pienso que todo se puede superar y afrontar pero el no saberse amadas y correspondidas por las personas que más amas, es muy deprimente, de ahí que estos, desde muy chicos salgan a las calles en busca de migajas afectivas, expuestas/os a muchos peligros, teniendo problemas inmediatos el embarazo precoz y la violencia juvenil, específicamente pandillaje”. (Enfermera, HH).

“Definitivamente, veo falta de información en los colegios, falta de comunicación familiar e indiferencia a la familia; los cuales hacen evidente embarazos antes de tiempo en este grupo de adolescentes, también abortos”. (Técnica de enfermería, HH).

“Encuentro a los y las adolescentes con desconocimiento de MAC y uso inadecuado del condón.....para mi sorpresa...hace 1 mes hicimos entrega de condones en el parque de Huaycán, y vi. que los/las adolescentes y las madres con sus pequeños, jugaban con los preservativos como globos.....de qué prevención hablamos entonces. Creo, que el servicio de MAC, debe ser reforzado.”

(Interna de Obstetricia, HH).

“Desde mi punto de vista, los adolescentes profanan el uso del tiempo libre, y que los lugares de entretenimiento sanos son limitados o no existen en esta localidad, ni que decir de sus familias, ya que se observa una falta de acompañamiento de los padres a sus hijos...problemas que se evidencian en embarazos precoces y en delincuencia juvenil”.

(Médico 1, HH).

“Las principales problemáticas en adolescentes son los embarazos precoces, la violencia familiar y el uso, es decir el mal uso de anticonceptivos, por parte de esta población de Huaycán”.

(Médico 2, HH).

“La principal problemática en Huaycán, son los embarazos precoces.....”

(Obstetriz 1, HH).

“El hecho que inicien relaciones sexuales antes de tiempo además de violaciones, es ya un problema y son detonantes para los embarazos en adolescentes....”

(Obstetriz 2, HH).

“El principal problema de adolescentes acá en Huaycán es primero la deserción escolar, embarazo no planificado, violencia familiar y con CPN, que ponen en riesgo la salud no solo de la madre sino también del bebé...”

(Obstetriz 3, HH).

“Acá se ve falta de información, falta de comunicación con sus padres; presentándose como consecuencia abortos y embarazos precoces.”

(Obstetriz 4, HH).

“Lo primero que uno percibe es la falta de conocimientos.....se percibe en la consulta...los problemas relevantes son las gestaciones en adolescentes, ITS y abortos...”

Internamente también hay problemas, y es que acá en la institución hospitalaria no se mide la calidad de atención, se nos pide producción y rendimiento por resultados= cifras, por ejemplo: solicito, se me programe sólo 20 pacientes diarios en el turno de la mañana, lo dice el protocolo, si se quiere dar al menos calidad; pero me programan 25-30...pacientes diarios, es demasiado; y no es que uno no quiera trabajar, sino que ya no se trata al paciente... sólo se ve la enfermedad y rápido. Se hace la queja y las recomendaciones respectivas para que esto cambie, pero nada, hasta el paciente se molesta, porque piensa que uno es flojo y no quiere trabajar...se les sugiere vengan para la tarde, pero no quieren, tienen mucho que hacer también, refieren,.....Nosotros tenemos que ser magos para cubrir con la labor de diagnóstico y tratamiento, y selección si hay que hospitalizar. En que momento haríamos ó brindaríamos calidad de atención y consejería...tendríamos que derivarlos a otro servicio específico....¿y ...quiénes están a cargo de estas atenciones a adolescentes?...profesionales, si, pero que no se capacitan o no están actualizadas y con escasos conocimientos de manejo de protocolos.....lo peor es queTodas rotan por consejería...pero no todas tienen las mismas competencias...debería designarse a 2 ó 3 de las 10 que hay en el servicio, luego capacitarlas o especializarlas, por ejemplo en atención consejera para adolescentes, y que sean ellas las responsables permanentes, porque hay las condiciones....Pero, no hacerlo todas juntas como lo vienen haciendo a la fecha. Hay algunas que tienen las competencias en partos, otras en hospitalizaciones, otras en control prenatal de bajo riesgo, etc.Etc...pero así como vienen trabajando, ya vemos: no funciona, no resulta.....Entiendo que lo hacen para que no haya diferencias en la labor que realizan, y para evitar favoritismos y rencillas internas....Pero no se trata de esto...esto de la igualdad de responsabilidades no funciona, y no funciona si no tienen las mismas competencias profesionales.....”

(Ginecólogo 1, HH).

“Los problemas relevantes en esta comunidad son: violencia juvenil, embarazos precoces, ITS y abortos.

Respecto a la institución, si que también hay problemas, diariamente lidiamos con falta de insumos e instrumental médico quirúrgico, implementos con mas de 10 de años de uso, ambientes poco apropiados para la consulta, falta de ambientes diferenciados, falta de camas, carencia de ropa hospitalaria, falta de medicamentos, etc....ni que decir de los y las profesionales de la salud que no se nombran todavía, teniendo mas de 8 años de trabajo, no alcanzaron tiempo de servicio según los últimos nombramientos.....Personal desmotivado económicamente....Yo me capacito por mis propios recursos, porque dispongo de los medios económicos , a Dios gracias, no sólo trabajo como especialista, acá en el Hospital sino también en consulta privada, ello me exige capacitarme más y estar permanentemente actualizado...lo que no pueden hacer la gente del Hospital de Huaycán, y el Estado a través de DISA aun no hace efectiva la totalidad y en forma permanente las capacitaciones respectivas, ello es una gran barrera para mejorar la calidad de atención.”

(Ginecólogo 2, HH).

2. PERCEPCIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

Ante la pregunta ¿Qué opinas sobre los métodos anticonceptivos (MAC) en adolescentes y como cree que debe ser un servicio de planificación familiar para ellos y ellas?, éstas fueron las respuestas:

*“Como mencioné anteriormente, los y las adolescentes de esta localidad, en un trabajo realizado de diagnóstico situacional y en la práctica diaria de mi labor como profesional, veo que no están bien informadas; ignoran el uso correcto. Existen muchos prejuicios y temores en su uso. Pues pienso que si la adolescente ya tiene actividad sexual, debe usar MAC, auto cuidado. Personalmente en las consultas, fomento la demora del IRS e adolescentes, pero si ya esta en plena actividad sexual, lo único que queda es prepararla bien en el uso de MAC. Su situación es entendible hasta cierto punto, pues muchas de ellas/ellos provienen de hogares disfuncionales e IRS tempranamente. Hasta hace poco tuve un caso de una niña-madre, de 13 años; aunque son consideradas adolescentes por la ley, pero es una niña. Percibo falta de conciencia de su propia situación. Cuando, se les pregunta: **¿te cuidas?.....** contestan: -mi pareja se cuida- ó -él me cuida-... **¿cómo?...** por fuera...ó por dentro...es la respuesta?...realmente son conductas y respuestas inadecuadas...e ahí su problema. Más aún.... **¿porque no vienes a planificación?....** dicen que tienen vergüenza...y las que acuden al servicio...dicen que no tienen el método ideal... **¿cuál?..** Inyectables de 1 mes, por ejemplo...entonces.... **¿porque no compras en la botica algún método anticonceptivo luego de la orientación recibida?...** ellas aducen...-no tenemos plata-*

Ahora percibo, también que las responsables del programa de SSR debería tener -mente abierta- digo esto, porque, las adolescentes me refieren que se sienten juzgadas, y por ello ya no hablan mucho, se callan. Entonces, el ambiente debe ser acogedor, mayor tiempo para su atención; discreción...porque el temor a que sus padres se enteren...las aterroriza y se sienten mal”

(Psicóloga, HH).

*“Se debe dar MAC a todo adolescente en actividad sexual y una buena dosis de orientación sexual. Sin embargo, cuando se les pregunta a las adolescentes embarazadas, porque no usaron algún MAC, ellas refieren que los métodos hormonales le caen mal y si son indicados como toma diaria, por lo general se olvidan. Respecto a como debe ser la atención, esta debe ser clara y veraz, en un ambiente de confidencialidad y privacidad. Debe ser monitorizado y con vigilancia, no olvidar jamás el preguntar **¿cómo estás?...** pues siempre se ve un trato frío; hay que evitarlo, procuremos brindar una atención de calidad y con calidez, donde por sobre todas las cosas prime el respeto a su persona y a su cultura.”*

(Nutricionista, HH).

“No soy responsable del programa, pero creo que las y los adolescentes deben emplear MAC y no tener muchos niños. Debe enfocarse un trabajo no solo asistencial sino también preventivo, debe incidirse en educación sexual desde temprana edad, para no tener tantos jóvenes y adolescentes con desconocimiento en MAC”.

(Enfermera, HH).

*“Todos deben cuidarse, no solo los adolescentes....en esta época no se puede tener tantos niños...hay mucha pobreza...por ello debemos usar MAC, orientado. Los servicios deben ser calóricos... **¿cómo es eso?**, bien, contar con ambiente de privacidad y muy agradable.....yo me pondría flores todos los días en mi escritorio y música suave... pero no estoy a cargo del programa..... **¿porque las flores?**, bueno, porque eso da calor y alegría, además, pienso que todo entra por la vista, un ambiente lindo siempre es agradable y grato, además que llama gente”*

(Técnica de enfermería, HH).

“Si se debe usar MAC pero con cuidado y orientado, para que no tengan niños a temprana edad. En el hospital debe promoverse la confidencialidad y respeto, ante todo.”

(Interna de Obstetricia, HH).

“Pienso que son un mal necesario, mientras no se establezca otro tipo de educación, en todo caso hay que enseñarles a los adolescentes. Sobre como debe ser la atención, pienso que el ambiente debe ser acogedor, un lugar atractivo y completo, además de contar con un personal capacitado y que cuente con un vocabulario adecuado cuando trate y se dirija a adolescentes”.

(Médico 1, HH).

“Los anticonceptivos en adolescentes deberían de difundirse más, pues los altos índices de abortos, partos, embarazos no ayuda, y lo primero que se me viene es disponer bien el uso de los MAC para prevenirlos y reducirlos. Sobre como debe ser la atención , creo que se debe adecuar primero un buen triaje, cosa que no hay en Huaycán, lo cual es necesario para diferenciar los problemas y para ser manejados por especialidades específicas.”

(Médico 2, HH).

“Debe usarse MAC en adolescentes, sin embargo tenemos el problema de escasa afluencia y presencia de adolescentes a la consulta externa, de ambos sexos. La atención a adolescentes de PF debería de ser diferenciado, privado....facilitar un ambiente de confianza, donde no las haga sentirse interrogadas.”

(Obstetrix 1, HH).

“Indispensable el uso de MAC en adolescentes, para prevenir embarazos no deseados, por ello es importante hablar con ellos/as frecuente y permanentemente, lo ideal es que retarden sus actividades sexuales. Nuestro trabajo debe consistir en contar primeramente, con profesionales capacitados para que trabajen con estos grupos, y segundo mejorar y disponer ambientes privados para adolescentes, tenemos la detonante del exceso de demanda y una oferta que no se abastece”.

(Obstetrix 2, HH).

“Los MAC en adolescentes, preciso. Sin embargo, vemos que no hacen uso de los servicios del PSSR, por falta de conocimiento y apoyo de sus familiares y/o parejas, y a esto agregarle cierta dosis de temor. Para su mejor manejo es preciso sensibilizar a pacientes y familiares sobre su importancia; lo cual no se realiza por falta de personal...”

(Obstetrix 3, HH).

“Definitivamente, si estoy a favor de su uso, a todos los que lo solicitan y que requieren información se les da.....sin embargo, se hace todo eso.....pero veo que por mas que se les orienten, ellas no responden, y no solo es adolescentes sino también el resto de madres; creo es un problema social....todo viene de casa. Ya saben como cuidarse y saben que esta disponible en todos los centros del MINSA, pero nada. Casi podría afirmar que estas jóvenes y las mujeres en general de Huaycán lo hacen por inmadurez, falta de educación y sobre todo falta de autoestima. Las atenciones deben de ser en ambientes diferenciados porque se avergüenzan si están todos juntos, brindarles facilidades, sensibilizarlos y brindarles atención integral.....ahí si que fallamos, pues la demanda de pacientes es fastidioso para organizarnos ordenadamente.”

(Obstetriz 4, HH).

“El uso de MAC es universalizado y promocionado desde los colegios y tiene que aplicarse. Su atención, indefectiblemente deber ser diferenciado y cumplir con los requisitos de protocolo. Nada de eso se practica acá, es lamentable pero real; como especialista poco puedo hacer si las jefaturas y direcciones no direccionan políticas institucionales y normas que cumplir....entonces me avoco a mi condición de especialista y dada mi condición, mas practico labor asistencial – recuperativo....hay cesáreas diarias, hay patologías que resolver y tratar....en fin, nuestra labor es fuerte y ardua.”

(Ginecólogo 1, HH).

“MAC es útil y necesario para toda la población y para todo el mundo...la única forma de desarrollar es teniendo y controlando las políticas de natalidad....los adolescentes que ya se iniciaron sexualmente deben de cuidarse y protegerse con MAC, ya sea oral, tabletas vaginales ó preservativos, para el caso de adolescentes; previa consejería y evaluación a su uso...control y monitoreo permanente.....Desgraciadamente, queda en papeles, acá en el Hospital, a pesar de la gran demanda de pacientes si se aconseja algo y luego se entrega insumos de MAC, pero eso de verificar si conocen y saben usarlo, además de monitorearlo , no es así...porque no tenemos el tiempo, ni los recursos y tampoco tenemos las condiciones...”

(Ginecólogo 2, HH).

3. PERCEPCIÓN SOBRE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES Y LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN

La pregunta es ¿qué opinas sobre embarazos en adolescentes y cómo es la atención en los servicios que labora? Por lo que se tienen los siguientes resultados:

“El inicio del embarazo en adolescentes, es frustrar todo un proyecto de vida, pues para muchas de ellas se generan conflictos en sus casas, otras son votadas de sus casa, otras dejan de estudiar y se quedan en el camino....he visto muchos casos tristes de adolescentes y me quedo impotente de lo poco que puedo hacer.....Y en ese sentido ellas, ven el embarazo como una calamidad más que una satisfacción personal por este nuevo ser; significa que tendrán que trabajar y consideran que ellas ya no importan. Como profesional les aconsejo y se les dice que lo que están pasando en estos momentos, pasa; y que todo en esta vida se puede afrontar. Pero lo más lamentable es que muchas de ellas al siguiente año, otra vez se vuelven a embarazar. Veo además, que en más de un caso, todas han sido maltratadas por sus parejas y por los familiares de sus parejas, pues muchas de estas adolescentes que se van a vivir a las casas de la familia de sus parejas; son tratadas como las empleadas de esa familia.

La atención en el hospital es integral, principalmente los servicios de psicología y servicio social, estamos al pendiente de todos los casos de adolescentes embarazadas, puesto que según la norma hay responsabilidad funcional, existe hoy, un manual para proteger a la madre puérpera y al niño(a) nacido y se está en contacto con los

padres de la adolescente, como responsables directos. Actualmente, existe un fluxograma de atención, que todos tenemos que seguir...pero muchas de las/los proveedores de salud hacen saltos...o sea no llegan al servicio; lo normal e ideal es que al menos en sus primeras consultas y/o contacto con las adolescentes embarazadas, ellas deben pasar por todos los servicios para su reconocimiento y manejo integral.....algo que no se hace en su totalidad, salvo emergencias como maltrato y violaciones, pero si no es el caso se obvian, lo cual no debe de ser....,pero esperemos que estas faltas se corrijan con el transcurso del tiempo para beneficio no solo de nuestra institución sino también de las adolescentes embarazadas de Huaycán.” (Psicóloga, HH).

“Realmente no estoy de acuerdo que estas niñas se embaracen, porque considero que no han terminado su desarrollo físico, emocional, además de sus problemas económicos, es álgido en este lugar, la mayoría de adolescentes vienen anémicas al servicio, pues su alimentación no es adecuada. Situación que se complica cuando salen embarazadas, porque ya no es la madre adolescente con problemas de anemia sino también son bebés con anemia y bajo peso al nacer. Sobre la atención de las adolescentes embarazadas en la institución, es posible no haya calidad de atención, pero no es responsabilidad de las profesionales puesto que ellas solo cumplen la meta de atención, se programan muchas consultas externas y rebasa la capacidad de atención, es por ello que creo que actúan con rapidez y no los escuchan suficientemente. Me tengo que quejar que no hay coordinación integral. Tenemos que tener presente que todas las adolescentes y gestantes en general deben contar con evaluación nutricional y eso se determina en la primera consulta, no sucede así. Me llegan casos graves, adolescentes embarazadas, por ejemplo, con hemoglobina de 10, 9, 8,7; ya anémicas; y cuando reviso sus historias clínicas veo que en el primer día de consulta vinieron a Ginecología y Obstetricia con hemoglobina 11 y que recién empezaron a ser suplementadas con hierro al ser detectadas y diagnosticadas con cuadros de anemia (o sea con hemoglobina 9), e inmediatamente recién la pasan a Nutrición. Lo cual no debe de ser, porque si me la hubieran mandado inmediatamente, después de su primera consulta se habría evitado esta complicación; porque ojo 11 no es el ideal, señores y señoritas, recuerden el ideal es 13...no porque es Huaycán deben estar con 11 de hemoglobina; puede mejorarse este problema de conceptos y complicaciones. Es sólo dosis de prevención. Nosotros en Nutrición manejamos un programa nutricional de apoyo a madres adolescentes de bajo recurso, previéndoles alimentos mensuales, previo control y evaluación; las mismas que se prolongan hasta su mayoría de edad, y que cubre hasta su bebé. Pero si no tenemos conocimiento inmediato de estos casos, entonces, la atención se retarda y no se les atiende como debe de ser.

Lo triste es que si se cumple a cabalidad con el esquema integral de atención del programa de SSR, mi servicio y mi persona se verá afectada por la gran demanda de pacientes; digo esto porque actualmente tengo consulta nutricional entre 25 a 30 pacientes diarios (niños, jóvenes, adultos, tercera edad y gestantes...), soy la única que atiende el servicio y tengo el apoyo de una técnica, pero no es suficiente. Para el diagnóstico y manejo se requiere la presencia profesional....ahí sería el problema....personalmente vengo solicitando la contratación de más nutricionistas, 1 más, por lo menos si es que no es 3, porque nuestra labor no es solo intra hospitalario sino también extrahospitalario, hay mucho que trabajar en el tema educativo y preventivo, esperemos que se den los cambios.”

(Nutricionista, HH).

“Cuando vienen por su dosis de vacunas...indago porque no se cuidaron y responden que no sabían, o que sus parejas se cuidaban o que les falló el método y otros que las violaron. Lo cierto es que es una situación triste y que, como les decía, líneas arriba, hay fallas serias en los temas de educación sexual, insisto en la enseñanza desde una edad temprana, a responsabilidad íntegra de fuentes directas (profesores, padres y salud: a cargo del PSSR).”

(Enfermera, HH).

“Es una pena, niñas con otras niñas.....muy triste, yo que soy mamá me moriría de pena, si pasase por algo semejante, con mi hijita.....siempre me pregunto ¿cómo van a afrontarlo y que le van a dar a los niños?...lo mas probable, es que representa más carga para la familia....maltratos....en general veo niños con poco futuro, pues están amenazados por la situación social (no trabajan), y lo mas triste están expuestas a la explotación sexual y con muy bajos salarios. No me he percatado mucho sobre su atención en el hospital, pero creo que las quejas son el tiempo de espera, la verdad es que a veces nos olvidamos de sus casos y no los atendemos, también veo que se debe mejorar el trato al paciente, escucharlos mas.” (Técnica de enfermería, HH).

*“Es una lástima que hoy en día, las adolescentes se embaracen muy jóvenes. Veo que las adolescentes son enviadas a sala de operaciones tan solo por ser menores de edad, y ello es porque falta captarlas para psicoprofilaxis....**¿Pero, dime, someterías a una adolescente de 13 y 14 años a un parto vaginal?....**pues claro, ya no son niñas tienen que entender su nueva condición y como tal deben ser tratadas.....una buena psicoprofilaxis ayudaría. Pero gineco se opone, y de allí que disponen que, toda menor de 17 años deba de ser sometida a sala. También debo afirmar que nos falta insumos y que en el servicio se debe mejorar mas, el buen trato a este grupo de adolescentes”.* (Interna de Obstetricia, HH).

“Es una catástrofe...porque el/la adolescente no está preparado ni física, ni emocionalmente para la maternidad, que es toda una responsabilidad para ambos. La atención en la institución es lo mejor posible pese a nuestras múltiples limitaciones, deficiencias estructurales, insumos, recursos, etc.; así y todo, nosotros los Médicos tratamos de cumplir con las expectativas que exige MINSA.” (Médico 1, HH).

“Los problemas parten por la deficiente educación familiar y pedagógica, y ya cuando vienen a nosotros, colaboramos con mantener su desconocimiento e ignorancia, en vez de aminorarlas. La orientación y guía a tiempo es básico, y cuando ya se está con el problema, disminuirlas y mejorar su calidad de vida”. (Médico 2, HH).

“Sinceramente....dan ganas de matarlas.....se les aconseja...se les habla y nada...no les entra nada....Sin embargo, debemos insistir más en consejería de padres, profesores y salud. La atención es igual para todas las gestantes, no se diferencia los casos de adolescentes...sin embargo hace tres años si se trató de diferenciarlo profesionalmente, pero ya cambiaron las políticas institucionales y seguimos como siempre....” (Obstetrix 1, HH).

“Estos casos, limitan el futuro de la persona...ya está hecho...no hay nada que hacer. La atención acá es igual para todos, no hay diferenciación....” (Obstetrix 2, HH).

“Problema de salud pública que incrementa la pobreza, que más de la veces son embarazos no deseados. En nuestra institución no existe atención diferenciada, aunque si no puedo dejar de afirmar que nuestro índice es muy alto.” (Obstetrix 3, HH).

“Ser madre a estas edades es lamentable...pero vuelve mi queja...se les habla e informa de practicar la prevención...y NADA....las malas juntas....las fiestas de cono.....su pobreza económica y los desórdenes sociales....desestabilizan su personalidad y estima, y los perjudica en su desarrollo. La atención acá en el hospital?...hum...en honor a la verdad, se debe mejorar el trato, creo que la saturación, stress y rutina hace que se pierdan los papeles...” (Obstetrix 4, HH).

“Los embarazos precoces son problema de salud pública, no solo nacional sino también internacional, bordeamos el 25% aproximadamente de partos y gestaciones en adolescentes, es lamentable. No bajan las estadísticas, tenemos que reconocer que las políticas de intervención no funcionan, y esto creo, yo, que es porque las metodologías no son las adecuadas; los programas en los colegios no funcionan; no hay capacitaciones permanentes y equitativos...si lo hay...acá a Huaycán no llega.... y si llega es para beneficio sólo de los amigos.....además las capacitaciones que se practica acá en Huaycán, las he visto, son charlitas... ¿se aprenderá algo? Es de nunca acabar. Las atenciones deben de ser integrales y multidisciplinarias, pero no se hace ni se practica acá en Huaycán.

La atención privada...es contraproducente...porque somos denunciados por acosos y violaciones con las pacientes...requerimos un personal técnico permanente para cada servicio, pero el personal tiene que dividirse con los otros consultorios. Salvo días excepcionales para casos especiales como violaciones, se solicita personal de apoyo, por ese día... no hay. Entonces, la atención no es diferenciada, porque, uno que no hay ambiente, luego que no hay buena orientación, sino no, no se vería tantas fallas....el triaje no funciona, porque el trato es por niveles de atención.”

(Ginecólogo 1, HH).

“Los embarazos precoces son un problema a enfrentar, es parte de nuestra realidad nacional, muy ligado a nuestras condiciones económicas, y Huaycán, como todos saben está catalogado como población en extrema pobreza.....no ayuda...por ello los y las adolescentes se ven inmersas en problemas sexuales tempranamente, sin medir las consecuencias....falta de amor, comunicación y autoestima. Es el problema de nunca acabar.....nuestra psicóloga se va a volver loca de tantos casos...Estamos limitados en todos los servicios y ello influye en nuestra calidad de atención.”

(Ginecólogo 2, HH).

4. PERCEPCIÓN SOBRE EL ABORTO

Ante la pregunta de ¿Qué opinión te merece el aborto y en qué casos o circunstancias puede aceptarse el aborto?, estas fueron las respuestas:

“Nada justifica el aborto, una violación no justifica el aborto, pues significa matar al bebé. En el caso de malformaciones congénitas, es otra cosa, y puede haber excepciones, si se sabe que ese nuevo ser puede fallecer inmediatamente al parto y si se sabe que no va a ver calidad de vida en el recién nacido. Entonces, para el resto de casos de embarazos no deseados que las empujan a desear abortos, se brinda terapia no solo a los y las adolescentes implicadas sino también se da soporte a las familias. En el caso de violaciones por ejemplo, se procura conducir y hacer que la adolescente acepte su situación, su nueva situación pero también se considera la posibilidad de adopción, es decir se dan en adopción a los bebés producto de violaciones, sobre todo en casos en que no se logra que estas madres precoces los /las acepten, y por salud mental, no queda de otra que llevar a los recién nacidos al INABIF. Porque de no hacerse así, ocurre la revictimización, que es lo que tratamos de evitar, y el hecho de también brindarles identidad a sus hijos/as. Al respecto, se procede así, pero tiempo después estas madres adolescentes, se arrepienten de sus decisiones de adopción y luego procuran recuperar a sus bebés. Luego de una serie de apoyo y terapia de soporte, y previa evaluación de la familia responsable, puede devolverseles sus bebés”.

(Psicóloga, HH).

“El aborto...no estoy de acuerdo, porque es un ser humano, con vida, y no podemos quitarles la vida, ni al bebé ni a nadie. Lo mejor en estos casos es orientarlos y apoyarlos emocionalmente. Pero considero, que puede haber excepciones tanto en casos de violaciones como en casos de malformaciones congénitas. En el caso de violaciones

también, porque muchas de estas madres adolescentes no los quieren. Menciono esto porque actualmente tengo casos deprimentes en la consulta hospitalaria, y la verdad es que siento pena. Por ejemplo, tengo los casos de 3 niños: de 1, de 2 y de 3 años; son niños con cuadros de anemia moderada-severa e incluso anemia crónica; al ser evaluados ampliamente, veo que son hijos de madres adolescentes violadas.....estos niños están en completo abandono y desapego familiar: niños mal vestidos, antihigiénicos y llorones.....cuando les pregunto...¿Por qué no los cuidan y no les dan de comer?...ellas responden que, no los cuidan porque no quisieron ser mamás....y que no los quieren....y que no les importa...ya mejorarán, es la respuesta. Pero no hay una actitud de interés ni de preocupación para que esto mejore. Son niños que ya han pasado por emergencia, por casos de infecciones respiratorias frecuentes, diarrea o problemas estomacales e infecciones de piel, es todo un problema. Que hay del aspecto psicológico y emocional, ya no se trata solo de las madres adolescentes sino también de estos nuevos bebés, que de alguna manera están siendo maltratados por el dolor e indiferencia de sus progenitoras violadas.....casos así considero que INABIF debe intervenir.....razón que me hace pensar que lo mejor es que, estos niñas/as no hubieran nacido..... ¿puede haber futuro para esos niños y niñas si sus madres y familiares responsables no los quieren y no cambian de actitud?...creo que no”.

(Nutricionista, HH).

“Aborto.....jamás.....violaciones y todo...no hay justificación, el niño o niña debe nacer, así lo dice y lo exige Dios, y nosotros debemos obedecer sus mandatos divinos, como representantes de la salud, nos compete ayudarlos, orientarlos y atenderlos, ver su recuperación física porque la del espíritu,, se encarga Dios.” (Enfermera, HH).

“No puede pensarse en el aborto ni como idea, al menos no el aborto provocado. Puede haber excepciones; en riesgos de la salud de la mamá, en malformaciones congénitas, y en el casos de violaciones, si que no debe hacerse, peor si es muy avanzado.” (Técnica de enfermería, HH).

“Personalmente, no estoy de acuerdo con el aborto, pero en casos especiales si que debería practicarse el aborto. En casos de malformaciones congénitas, violaciones y riesgo de vida de la madre. Pero ¿aborto en casos de violaciones...deberían tenerlo?...No, hasta hace 2 años, te habría dicho que Si, pero ahora pienso que no, porque he visto casos de abandono y mucho desamor de estas madres adolescentes con sus pequeñas y pequeños.

Tuve un caso que me tiene impactada hasta ahora...ya estoy por irme del hospital, acabo mi internado. La verdad es que esta adolescente me ha marcado, controlé su embarazo desde su primer mes de gestación, todo su período de embarazo fue triste, sólo lloraba y muy depresiva...detestaba a su bebé, pero sus padres la obligaron a tenerlo. El bebé nació con bajo peso y anémico, porque ella no comía ni quería alimentarse, psicología y mi servicio agotamos fuerzas, pero nada, ella no respondía al tratamiento de consejería; al nacer el bebé no quiso verlo ni lactarlo, por mas gritones que recibió la pobre, ninguno de nosotros pudimos convencerla de lo contrario....pasó 3 meses y hasta la fecha su bebé vive en el hospital...se enferma de todo...No..ni hablar...ahora me pregunto ¿valió la pena que naciera?...esta joven odia a su bebé, siempre que lo ve le recuerda esos malos momentos; cuando ella fue internada al hospital por violación, vino en estado de shock y con sangrado profuso, al ser violentada .fue desgarrada no solo vaginal sino también analmente, además de haber sido golpeada y ser mordida en todo el cuerpo...era de esperarse su reacción ...pero con la idea de respeto a la vida del bebé nos olvidamos del respeto de la vida de la madre, ella tenía 14 años cuando fue interceptada por dos sujetos, ella volvía del colegio, del turno tarde, ya han pasado 2 años, y quien sufre las consecuencias de todo esto, es su pobre bebé, porque la madre de la adolescente trabaja todo el día, y nadie mas ve por ella ni por el bebé.....siempre pregunto por su caso....me ha marcado profesionalmente, y siento pena por su situación.”

(Interna de Obstetricia, HH).

“Estoy de acuerdo con el aborto terapéutico, las razones son obvias”

(Médico 1, HH).

“Aborto?...dos aspectos: primero, provocado, por falta de prevención, falta de educación y orientación; y segundo, terapéutico, el cual es necesario en casos de: óbitos, violaciones y enfermedades terminales”.

(Médico 2, HH).

“El aborto no debe existir, pues una pareja al tener relaciones sexuales sabe lo que hace, y debe asumir su responsabilidad.....si no se protege, entonces qué hablamos?. Sin embargo hay y debe haber excepciones en violaciones y malformaciones congénitas....”

(Obstetriz 1, HH).

“Aborto, cuanto menos se trate y evite es mas que suficiente. Sin embargo, tenemos que concientizarlos, entender que es una vida, es un ser. Sólo para casos de riesgo y salud de la madre, se considera el aborto terapéutico. Pero en casos de violaciones, si que se debe sensibilizar y concienciar a los/las adolescentes”.

(Obstetriz 2, HH).

“Es triste y no estoy a favor de la práctica del aborto debido a que es una vida humana en estado de formación que se asesinaría.....y bajo ninguna circunstancia se acepta el aborto....tampoco en malformaciones y mucho menos en aborto.....para mi, el respeto a la vida, es la prioridad....”

(Obstetriz 3, HH).

“El aborto, ni hablar, en contra.....¿tampoco terapéutico?...depende.....¿de qué? ...bueno depende del tipo de malformación, porque si puede vivir...puede procurársele por lo menos calidad de vida.....¿no importa si es vegetal y que nunca será profesional y será siempre dependiente de alguien, si falta la madre?.....si pues...pero nosotros no tenemos derecho a quitar una vida.....estamos para ayudar y dar vida ...no para otra cosa...”

(Obstetriz 4, HH).

“Aborto: SI, pero con limitaciones, según la edad de gestación, tipo de paciente y casos de las pacientes. Digo esto, de edad gestacional porque si ya el embarazo es avanzado pues lo que viene es el parto inmediato. Tipo de paciente se diferencia cuando son menores de edad por ejemplo y los casos si son por violaciones y/o enfermedades de riesgo ó malformaciones congénitas, etc. Nuestra acción va a depender de los reglamentos, protocolos, norma legal...que si lo permite en estos casos y las condiciones para ejecutarla.”

(Ginecólogo 1, HH).

5. PERCEPCIÓN SOBRE ITS, VIH/SIDA Y RECOMENDACIONES A ADOLESCENTES

La pregunta es: ¿Qué opinión te merece las ITS, VIH/SIDA, y que recomendaciones dan a los adolescentes con ITS, VIH/SIDA?, las respuestas fueron:

“En situaciones así, como no es responsable directa; para los casos de ITS la ó el adolescente afectado es derivada inmediatamente a ginecología para luego ser tratada en Obstetricia (programa). La recomendación general es uso de preservativos para prevenir contagios, ya sea de ITS, o VIH/SIDA. En este último caso, nuestra institución, inmediatamente los deriva a Hospitales de nivel II ó I para evaluar y tratar con mayor amplitud los casos de VIH/SIDA”.

(Psicóloga, HH).

“Estos problemas pueden evitarse con mayor diálogo, no solo personal sino en pareja. Personalmente, recomiendo una buena higiene.....tenemos hierbas antisépticas y curativas, cuando tienen infecciones vaginales son una maravilla.....y para la prevención en general, recomiendo el uso del condón. En el hospital tenemos fallas, veo que explican y orientan a las mujeres pero no a los varones...el programa debe mejorar el enfoque de acción y de trabajo.”
(Nutricionista, HH).

“Mal del siglo es el SIDA, evolucionamos negativamente en la parte sexual.....se inician sexualmente a muy temprana edad.....y yo me pregunto... ¿se les puede exigir fidelidad a niños de 14 y 15 años?, no...estos chiquillos están con cuanta chica quieren y ellas también los buscan. Lo veo cuando voy a los colegios de la localidad y en mis salidas de visita domiciliaria en las vacunaciones nacionales. Deben usar Condón si quieren prevenir todas estos males”.
(Enfermera, HH).

“Cuidarse con condones para evitar infecciones y enfermedades relacionas al sexo de las personas. Debemos procurar informar a los adolescentes sobre esta problemática y fomentar la autoconciencia y la auto estima”.
(Técnica de enfermería, HH).

“En casos de ITS, VIH/SIDA debe promoverse el uso adecuado de condones par evitar una serie de contagios y complicaciones”
(Interna de Obstetricia, HH).

“Los casos de ITS, VIH/SIDA es un problema de salud pública, pero que en nuestra institución falta internalización del problema de parte de todo el personal de salud”
(Médico 1, HH).

“Muy evolucionado ahora e implementándose en nuestra institución.....para prevenir es mejor usar preservativos en general desde que los chicos inicien su actividad sexual hasta cuando quieran y puedan Insisto en el aspecto educativo, el soporte psicológico y constitucional”.
(Médico 2, HH).

“Casos de Sida en adolescentes, no he visto ningún caso acá en Huaycán, pero si en adultos, creo que para la prevención se requiere de orientación permanente, uso de preservativos y atención en pareja e integral”.
(Obstetriz 1, HH).

“En este programa nacional, hemos avanzado mucho; a la fecha ya se tiene antiretrovirales para mejorar la calidad de vida de estas madres adolescentes, además de los chequeos periódicos, retardo de las IRS si aún no han empezado a convivir, pero para los casos de convivencia, debe existir la fidelidad y uso de preservativos para evitarlo los problemas”.
(Obstetriz 1, HH).

“El resto de instituciones tienen acciones expectantes, pero hay cierto interés en resolverlos desde su sede institucional, es posible lo hagan más adelante, previa coordinación y decisiones de sus organizaciones”.
(Obstetriz 2, HH).

“Las ITS, VIH/SIDA son enfermedades diseminadas que actualmente la sociedad cada vez toma mas conciencia de su morbimortalidad y difusión respectiva. La recomendación es no a las relaciones sexuales, y si la hay, entonces usar anticonceptivos de barrera (condón) y de todas maneras practicar la monogamia.”
(Obstetriz 3, HH).

“Las ITS pueden tratarse, y si hay fallas es porque muchas veces no se da tratamiento a pareja...ellas vienen solas a consulta, por mas que se les sugiere que vengan acompañadas, pocas lo hacen, y su argumento es que ellos están trabajando...eso no ayuda, ¿qué podemos hacer?. Los casos de SIDA, que no se ve todavía por acá, se derivan, los 2 casos detectados el año pasado, han sido derivados inmediatamente, no se quedan acá. La forma de prevención es practicando la fidelidad, la monogamia y de todas maneras el uso de condones.....” (Obstetrix 4, HH).

“ITS, VIH/SIDA, problema de salud pública. Insisto en mi percepción dado los resultados obtenidos a la fecha. Las Políticas de Salud, de Estado, de gobierno no existen y no hay continuidad de programas...pareciera que hay miopía del problema, no se dan cuenta y no hay conciencia política del problema; y esto es, porque los funcionarios que manejan los programas de políticas de salud (las estrategias), no tienen la experiencia ni las competencias para llevarlas a cabo...deberían establecer estrategias locales, acorde a la realidad local...lo que no se hace. Respecto a las recomendaciones, primero se hace el tratamiento, facilitar se cumplan y se eviten conductas de riesgo sexual e impulsar acciones preventivas: alternativas para disminuir las ITS, como el uso de preservativos en cada relación sexual, por ejemplo.” (Ginecólogo 1, HH).

“ITS, VIH/SIDA.....va en aumento por las conductas de riesgo de los adolescentes y de los jóvenes....las ITS todavía son tratables...el SIDA es mas complicado....pero si podemos prevenirlo, y ello es posible con el uso adecuado y permanente de preservativos.....todos deben usar condones, cada vez que tengan relaciones sexuales, si es que quieren vivir bien, libres de contagio...ese es el consejo.” (Ginecólogo 2, HH).

6. PRINCIPALES ACCIONES QUE PODRÍAN HACERSE EN COORDINACIÓN CON LA SOCIEDAD CIVIL DE HUAYCÁN

En esta pregunta se busca indagar sus relaciones y participaciones con los distintos actores de la comunidad, veamos:

“Sobre las coordinaciones en general con el resto de aliados estratégicos, ella no participa, pues su coordinadora no la ha programado, y así está desde julio del 2008 a la fecha. Sin embargo, refiere que hace 3 años, cuando estaba en jefatura, solía hacer coordinaciones importantes con las distintas sedes. Con DISA IV básicamente para acordar sobre la temática de salud mental; con el Municipio para coordinar campañas de salud; con los Colegios: capacitación a profesores y talleres educativos.; y con la Comunidad también campañas sensibles, que en su mayoría programaba los sábados”. (Psicóloga, HH).

“Actualmente, no se hace coordinaciones con la sociedad civil respecto a la SSR de los y las adolescentes de Huaycán, porque no me compete programarlo directamente, es responsabilidad de la programación de Obstetricia y ginecología. Pero si hago coordinaciones, aunque limitados por cuestión de tiempo y disponibilidad de recursos no solo humanos sino también materiales, concernientes a mi servicio, es decir acciones de nutrición, específicamente, y poder combatir la anemia y desnutrición de esta localidad. En honor a la verdad, a la fecha he coordinado con los vasos de leche y los comedores populares para charlas preventivas de anemia y buena alimentación. Me interesan los colegios tanto primario como secundario pero no hay tiempo suficiente. Hace 3 años, si hice una buena labor de coordinación con la sociedad civil, incluso en temas referentes a adolescentes y su SSR, gracias al equipo

responsable del programa que me invitó e involucró en la dinámica preventiva de trabajo, pero luego de 1 año, esto se perdió... cambiaron las personas y cambiaron las jefaturas....”. (Nutricionista, HH).

“Yo coordino como lo decía con los colegios tanto secundario como primario, principalmente estatales para charlas educativas de prevención en salud, en general y para las vacunas nacionales. De DISA tengo el apoyo material y económico, y con las madres del vaso de leche y comedores populares, coordinamos acciones preventivas de higiene y cuidados de salud básicas, etc., dependiendo de las necesidades; hasta hace 2 años lo hacía mensualmente, pero ahora lo hago trimestralmente, es por cuestión de tiempo y recursos” (Enfermera, HH).

“A la fecha, no hemos avanzado mucho; hasta hace 5 -7 años se tenía mayor información de las captaciones; ahora no hay nada, la labor en el hospital es mas asistencial. Pienso que como hospital debemos salir a los colegios y enseñarles como cuidar y usar bien el condón. Hasta hace 3 años me capacitaron en temas de promoción y prevención y apoyo al manejo de programas, pero ya no se hace, la persona responsable ya no están en la gestión.” (Técnica de enfermería, HH).

“Si, actualmente coordino charlas para las madres del vaso de leche, pero debo reconocer que no hice muchos contactos, la disponibilidad de tiempo es un gran dilema, hay muchas pacientes que atender y el tiempo es corto, me hubiese encantado hacer mas captaciones para psicoprofilaxis, pero en estos 2 meses que me quedan espero completar la meta y el deseo. Respecto a otras instituciones civiles no he tenido la oportunidad de realizar algún contacto o actividad, realmente hay mucho que trabajar por esta comunidad para mejorar su SSR.” (Interna de Obstetricia, HH).

“Hace años que no me dedico a la labor preventiva, estoy concentrado en la atención asistencial y recuperativa, que olvido asuntos importantes como la prevención. Sin embargo destaco el enfoque interdisciplinario para la resolución de problemas y para el manejo de programas, y no dejar de destacar lo importante que es interactuar con los miembros de la sociedad civil para afrontar juntos la problemática de adolescentes. Acciones así, y que en algo participé fue en el año 1997-1998”. (Médico 1, HH).

“Por el momento yo no participo, estoy avocada a la consulta externa y hospitalaria...sin embargo algo participé en el año 1997, básicamente con los clubes de madres, colegios y comunidad en general.” (Médico 2, HH).

“Hace 3 años que no hacemos muchas acciones extrahospitalarias, más que las visitas a gestantes del programa, con TBC, por ejemplo. Sin embargo ha y la intención de trabajar en conjunto con la sociedad civil”. (Obstetrix 1, HH).

“Yo no coordino, de eso se encarga los directivos y los responsables de la gestión administrativa. Y si que debería volver a ser, como hasta 5 años...”. (Obstetrix 2, HH).

“En estos dos últimos años se ha coordinado poco, pero en este año se está coordinando con dos colegios por ejemplo para charlas de educación sexual a aulas de 5to. de secundaria en un colegio estatal; personalmente no voy a participar porque no estoy programada en trabajos de campo. Considero que si es importante trabajar con los

distintos representantes de la sociedad civil para tomar acciones conjuntas..... creo por tiempo y disponibilidad de recurso es que no se hace....”

(Obstetriz 3, HH).

“No he tenido oportunidad de coordinar.....mis 18 años de labor y experiencia profesional la he pasado entre hospitalización, parto y consulta externa...es decir mas labor asistencial que preventiva...la verdad es que en hospitales poco se estila realizar actividades preventivo.-promocionales,,,eso mas se hace en centros de salud, postas de salud y principalmente en provincias....acá en Lima, con la cantidad de casos y pacientes que tenemos diariamente es imposible ocuparnos de todas las actividades programadas....faltan manos y falta tiempo para poder aplicarlo....”

(Obstetriz 4, HH).

“Realmente, el servicio y mi persona, se avoca más a la labor asistencial, estoy consciente de que la labor conjunta con la población y la sociedad civil ayudarían a mejorar el problema....en ese sentido debería haber un programa ó un área que maneje y ejecute estas acciones y que deben de ser responsabilidad de personas competentes, que se vean sus acciones, que se mida o se pueda medir el impacto.....las estadísticas lo dirán, si no es así....problemas...y más problemas.”

(Ginecólogo 1, HH).

“Lo mas probable es que se vea que el Hospital solo es asistencialista...pero no tenemos la culpa, las normas así están dadas.....trabajamos con metas y productividad....hay exceso de pacientes y todos quieren se atendidos...hay muchos nacimientos y las metas se incrementan anualmente según las atenciones realizadas. Por ello las posibilidades de coordinación con la población y la sociedad civil es raro por no decir nulo.....tendría que haber un área ó un programa responsable que se ocupe de todas estas acciones participativas e integrativas”.

(Ginecólogo 2, HH).

Anexo N° 05

PERCEPCIÓN DE ESPECIALISTAS DE LA SOCIEDAD CIVIL DE LA COMUNIDAD DE HUAYCÁN

1. Percepción sobre la problemática de los/las adolescentes de Huaycán y acciones que implementan desde su organización

Ante la pregunta ¿cuál es la principal problemática de los y las adolescentes de la localidad de Huaycán? estas fueron las respuestas:

En general: *“nuestra institución carece de recursos, aún no tenemos reconocimiento legal, y tampoco tenemos apoyo de parte del Municipio...estamos en lucha para lograr el reconocimiento legal de nuestra asociación en la comunidad...sin embargo..... sabemos y conocemos de las deficiencias de nuestra comunidad y ya estamos realizando acciones en favor de los adolescentes. Nuestra intervención es inmediata en casos de violencia y pandillaje, en conjunto con la Comisaría. Y respecto a los embarazos en adolescentes, abortos, abandono familiar.....sé que se han incrementado más casos...al menos en las zonas altas de los cerros de Huaycán los casos son preocupantes....es un problema social ¿no?....; pero que se tratará de trabajar más con las familias y los colegios.”* (Sec.general CUAH).

También: *“nosotros vemos que las/los adolescentes_ no están tan deterioradas _ pues ahora ellos ya estudian, se agrupan, tienen acciones culturales, ambientes para bailes y reuniones, acceso a Internet, los centros clandestinos de aborto son intervenidos frecuentemente por la Fiscalía.....por eso es que creemos que la situación de ahora ya no es la de los 90...están mejor....¿pero, y que hay de los embarazos en adolescentes?...ahora hacemos sólo reuniones catequistas 1 vez al mes.....pero hasta hace 5 años si hacíamos descarte de embarazo a través de nuestro policlínico parroquial, además de brindarles alimentos y vivienda temporal en casos de violaciones de adolescentes.....ahora ya no lo hacemos mucho por nuestros limitados recursos económicos...solo tenemos la consejería y reunión de adolescentes y jóvenes 1 vez al año acá en al parroquia...contamos con invitados de Francia....España, por ejemplo”.* (Asistente social, parroquia Montfort).

“Sabemos que la problemática de adolescentes en Huaycán es álgida, decimos esto porque nosotros trabajamos con niños (as) y adolescentes principalmente. Si bien es cierto nuestro enfoque e intervención es la atención, prevención y orientación sobre casos de maltrato infantil, abuso sexual a estos grupos, mencionados; no podemos obviar las graves consecuencias a raíz de estas violaciones , que son los embarazos precoces y aborto, inclusive, inducidas por sus propios familiares. El tema es amplio, pero, en estos casos se deriva al Hospital MINSA, para evaluar y determinar el grado gestacional, si es que lo está (tratamiento médico) pero luego nos avocamos en su recuperación psicológica; y mas de las veces estas niñas son derivadas, para ser ubicadas, posteriormente en instituciones y/o casa de reposo, por su minoría de edad; pues muchas de ellas son rechazadas por sus propios familiares”. (ONG).

2. Coordinación con proveedores(as) del MINSA

Ante la pregunta ¿Qué acciones realizan en coordinación con los/las proveedores(as) de salud del MINSA?, se selecciona las experiencias más relevantes; estas son:

“señorita... hace 3 años y también en el 98.....la posta venía al comedor....venía la Obstetriz, la enfermera, junto con la asistente social.... Ellas vacunaban, hacían charlas sobre –como cuidarse y cuantos hijos tener_ y nos regalaban condones... eso es lo único que me acuerdo de la posta...y nada más”.

(Ama de casa, comedor popular).

De otro lado, *“nosotros captamos y derivamos los casos de: violencia y abuso sexual, que afectan tanto a niños como adolescentes de la comunidad de Huaycán, a DEMUNA de Ate vitarte....y por nuestra cuenta capacitamos a escolares defensores de sus derechos. Y aunque hasta hace dos años, trabajábamos mucho más interconectadamente, tanto que solicitábamos apoyo de MINSA para charlas las anticonceptivas a los y las adolescentes, también hacíamos reuniones y talleres psicológicos y consejería en general con los padres y los docentes de esta zona, pero, ahora ya no lo hacemos por carecer de recursos humanos y por carecer de tiempo para dedicarnos a ellos...”*

(Abog. Demuna Huaycán).

“El hospital...anda ocupado...de repente porque hay demasiados pacientes, tratamos de entenderlos, ...pero ellos por propia iniciativa...al menos desde los 2 años que ya llevo trabajando por la comunidad...no han venido para coordinar nada....ni promoción ni prevención....creo que deberían interesarse mas e involucrarse mucho más, con nuestras necesidades....De mi parte, voy a invitarlos y haré cartas solicitantes al hospital para que vengan y coordinemos juntos...y si no vienen ...iremos hasta el Hospital Hipólito Unánue ó al Municipio....otro gran ausente.....es un problema”.

(Secretario General, CUAH).

3. Coordinación con el resto de Instituciones de Huaycán y casos en las que intervienen

A la pregunta: ¿participa activamente con el resto de instituciones de la localidad de Huaycán? ¿Con cuáles instituciones y sobre que problemática intercambian experiencias?, éstas son las respuestas:

“Como trabajadora social, personalmente, por encargo del padre, coordino con el Hospital de Huaycán con DEMUNA y Ministerio público, cuando tengo casos de adolescentes afectados, tenemos principal interés con este grupo y si ellos vienen a nosotros, mucho más aún. El padre, nuestro guía Montfortiano, es sensible a la problemática, y pues, les hacemos seguimiento, brindándoles medicinas gratuitas, alimentación en nuestro comedor parroquial. y casa reposo temporal cuando son violadas, que si se confirma embarazo, entonces nuestra acción se amplía hasta el bebé, y no paramos hasta derivar a la adolescente abandonada, en la mayoría de los casos, al centro Salamanca por ejemplo, para concluir su período gestacional y acompañamiento hasta los 18 años de edad”.

(Trabaj. Social, Parroquia Montfort).

“Nosotros coordinamos con la comisaría y la parroquia de Montfort de Huaycán, además de estar en contacto permanente con las madres del vaso de leche y los comedores populares. Aún conservamos las reuniones de una vez al mes, jueves de 5 a 9, en las oficinas de la CUAH (comunidad urbana autogestionaria de Huaycán), para discutir y resolver problemas inmediatos. Aunque los temas de deliberación son el agua, alimentos y seguridad ciudadana.....reconozco que la problemática de los adolescentes es algo que los agobia, pues estamos conscientes del incremento de embarazos en estas edades.....quedándose en muchos casos abandonadas por sus parejas....En este sentido creo que los colegios y el Hospital debe trabajar más.....no vienen.....sólo en las vacunas tienen presencia.....y luego nada.....tal vez lo hicieron antes...pero...yo tengo 2 años en el cargo y no he visto participaciones de MINSA y mucho menos aun de las ONGs: ¿existen...se pregunta?”....Aún así, no pierde la esperanza de que la situación mejore y por ello tratará de convocar al Hospital para que cumpla funciones de Consejerías y Campañas preventivas.

(Secretario General, CUAH).

“Cuando vemos casos de violaciones, maltrato a madres adolescentes, aborto....si bien es cierto coordinamos con el Ministerio público y DEMUNA Huaycán, también derivamos a las adolescentes al Hospital de Huaycán.....la labor que el MINSA realiza es mas asistencial que preventiva.”

(Técnico III, sección familia, Comisaría).

“Quisiéramos coordinar para consejerías en nuestros clubes, pero necesitamos asesoría para programar las actividades.... y para saber que temas tratar.....”

(Ama de casa, Vaso de leche).

4. Percepción sobre anticoncepción en adolescentes

La pregunta fue ¿cómo entienden y manejan en su organización los temas de anticoncepción en adolescentes? Veamos algunos casos relevantes:

“Es bueno que estos chicos se cuiden, para que no tengan tantos niños y tampoco las chicas sean madres solteras”

(Ama de casa, Comedor popular).

“Nosotros, tenemos mente abierta, sin embargo nos preocupa que si los adolescentes empiezan a consumir anticonceptivos tempranamente sucedan excesos... creemos que se debe informar y lograr la libre elección, pero mas que métodos anticonceptivos, charlamos, tratamos parejas de adolescentes, no uno ni una sola(o), sino a los dos. Nuestras sesiones son catequesis familiares, donde tocamos temas de anticoncepción básicamente natural....y cuanto más se tarden en iniciarse sexualmente...Mejor.”

(Asist. Social, Parroquia Montfort).

“Es una buena alternativa para los y las adolescentes, pues por ejemplo acá en Huaycán según INEI vamos en 147,000.00 habitantes, aproximadamente, pero según nuestras propias fuentes, ya vamos por los 180,000.00 habitantes.....pues tenemos pobladores que habitan en las zonas altas de los cerros...que son los de más extrema pobreza, con todo tipo de carencias....que no han sido censados...y que además en estos dos últimos años la población ha crecido mucho más..... lo triste es que, uno sube a los cerros y ves muchos niños jugando a la intemperie...salen sus padres...en la mayoría madres..y vemos que son otras niñas....es triste pero es así. Por ello debe difundirse más el uso de anticonceptivos y si es posible debe obligarse su uso para evitar muchos nacimientos.”

(SEC. General, CUAH).

“Si las adolescentes van a consumir MAC que lo hagan con conocimiento y no obligadas, uno, y segundo, es que nuestra ley es contradictoria, pues no se puede difundir al libre albedrío el consumo de anticonceptivos a menores de edad...debería corregirse la norma, porque si me ciño a ella, entonces estaría infringiendo la ley, pues está penado la difusión y entrega de todo MAC en adolescentes...personalmente, me abstengo de recomendarlo, y prefiero derivarlo al Hospital o al centro de salud, cuando veo que ya han abortado y van por un segundo embarazo por ejemplo, teniendo 14 ó 15 años, es una lástima....pero, en casos así, si las derivo inmediatamente para que puedan protegerse y las aconsejen, previa terapia psicológica; no me queda de otra.” (Abogada, DEMUNA).

5. Percepción sobre Embarazo en Adolescentes

La pregunta fue: ¿cómo entienden y manejan en su organización los temas de embarazo en adolescentes? veamos las respuestas:

“Ahora se, que los embarazos en adolescentes es culpa de los padres, que no les hablan de nada....y es que muchos de ellos salen a trabajar y no hay tiempo para hablar con ellos....es una pena.” (Ama de casa, Vaso de leche).

“Es preocupante, la falta de diálogo, el entorno social, familias rotas, padres que trabajan y dejan solo a sus hijos(as) desde niños solos ó encargados con el vecino...son adolescentes que crecen así...y sus mejores amigos están en la calle...las pandillas....tenemos problemas de adolescentes que pululan en las discotecas matinales. Nosotros ya estamos tratando de limitar los horarios de atención de estas discotecas, pues funcionan entre 3 a 1 de la madrugada, nuestro objetivo es que funcione solo hasta las 9 de la noche, pues estos lugares son centro de pérdida de nuestros adolescentes, sexo, alcohol y drogas es lo que más se observan en estos lugares; sobre todo en adolescentes; ese es nuestro problema.” (Secretario general, CUAH).

“los adolescente y los jóvenes en general....son inconscientes.....la culpa son las familias, los colegios y también el Hospital que no trabajan nada para combatir este problema.....” ((Técnico III, sección familia, Comisaría).

“las adolescentes son inconscientes, tienen enamorados a temprana edad, se que no dialogan con sus padres, y muchas de ellas están en extrema pobreza....viven hacinadas....por ejemplo una niña me contaba..y fui a su casa....para verificar....la adolescente de 15 años duerme con su padrastro ¿...?y la madre...ó a veces duerme con sus 2 hermanos de 13 y 17 años...¿qué..? Y claro en esa casita de esteras solo ingresa 2 camas, una mesa y cocina....y ellas que hacen...complican mas su situación enamorándose....pero de ¿quien?...del vaguito de la esquina que le dedica tiempo y más atención...se embarazan, y que hace el muchachito..las abandona....es triste, pero es de nunca acabar.....a veces no se que hacer,..no soy responsable directa de organizar la programación educativa en educación sexual....sólo ejecutamos lo dispuesto por MINEDU, pero falta mas.”

(Profesora, Colegio Gonzáles Prada).

6. Percepción sobre Aborto en Adolescentes

La pregunta fue. ¿Cómo entienden y manejan en su organización los temas de aborto en adolescentes? ¿Considera Ud. alguna excepción? veamos, algunos casos:

“No, el aborto, no se puede concebir, pues no puede quitarse una vida: ellos son inocentes; aún en casos de violaciones o en malformaciones congénitas...esos niños deben nacer; “debe tenerse lo que Dios manda”, ya después puede enviarse a esas adolescentes a consejería psicológica para recibir tratamiento y luego a la parroquia para conversar con los padres, para sanar sus almas...” (Periodista, emisora radial, Huaycán).

“Estoy en contra, es pecado. Los niños deben nacer bajo cualquier circunstancia...deben nacer aun cuando hay violación o el niño está enfermito...” (Ama de casa, Vaso de leche).

“No estoy a favor del aborto, no es algo bueno; la vida del bebé es primero; aún en casos especiales, ellas deben tener su bebé...nosotros tuvimos dos casos de adolescentes con ese problema, el año pasado; y tuvimos que pasar videos sensibilizadores para evitar más casos así, además de la tutoría en las aulas.” (Profesora, Colegio Gonzáles Prada).

“Imposible, el aborto, es un delito. Se debe concluir todo embarazo sin importar las causas ni las circunstancias, no hay casos especiales...es un “derecho a la vida”...y debemos protegerla.” (Abogada, DEMUNA).

“No debe darse el aborto.....pero en casos de estar en riesgo la salud de la madre, casos de violaciones y en casos de malformaciones congénitas....debería abortarse”. (SEC general, CUAH).

“No puede haber aborto...en estos casos de embarazos no deseados, nosotros los padres estamos obligados a ayudarlos, pero deben tenerlos....pero si el niño está enfermito y la mamá puede morir...entonces podría considerarse el aborto”. (Ama de casa, Comedor popular).

7. Percepción sobre ITS, VIH/SIDA en Adolescentes

Ante la pregunta. ¿Como entienden y manejan en su organización los temas de ITS, VIH/SIDA en los/las Adolescentes? Las respuestas fueron:

“...ay señorita...el SIDA: Que miedo; esto es porque no se cuidan y no conversan con sus padres sobre estas cosas...” (Ama de casa, Vaso de leche).

“Vienen a asistencia social para derivarlas al policlínico y brindarles facilidades en costos de atención médica y en medicamentos, que son gratuitos, si la adolescente es de muy bajo recurso económico, que no puede comprarse sus medicinas...entonces nosotros le facilitamos todo.....el manejo es en el policlínico, tenemos médicos y psicólogos capacitados para ver estos casos...principalmente las ITS, porque casos de VIH/SIDA, no he sido testigo de ninguno en todos estos años de labor en la institución” (Asistente social, Polic. Montfort).

“Nosotros tenemos difusión de materiales alusivos a ITS, VIH/SIDA, trípticos que se entregan a todos los asistentes de la Institución, éstos son folletos facilitados por el MIMDES. Pero, ojo, el uso de preservativos no debe entregarse a menores de 17 años, lo toman como juego, además que por la edad, jurídicamente no está permitido....” (Abogada, DEMUNA).

“En estos casos, de aumento de infecciones de transmisión sexual y SIDA, los condones son la opción número 1.....pero que no abusen, con cuidado y orientación....” (Periodista, emisora radial, Huaycán).

“es curioso con esto....hace 2 años acá en el colegio...y también vi en el parke hace 1 mes....que el Hospital entregó por doquier preservativos....sin consejería previa....ó así breve....sin captar la atención de los y las adolescentes, que son inquietos y traviesos.....entregan a todos por igual (10 a 12 conones por persona).....estoy de acuerdo que se entregue sólo a 5to. de secundaria pero no a los de 2do., 3ro ó 4to...y menos aún a los de 1ro de secundaria.....pues muchos lo inflan y se ponen a jugar con los condones como pelota....no toman conciencia de su valor.....Deben tener claro que entregar condones así por así no nos conducirá a nada....solo jugarán los adolescentes....deberían replantearse las acciones preventivas y promocionales.....pero no de la forma como lo hacen...estamos mal.” (Profesora, Colegio Gonzáles Prada).

“Lo ideal es usar condones, nosotros contactamos con MIMDES e INNPARES, para ayudar con folletería al menos, en la prevención de estos casos en adolescentes y en todos los jóvenes de Huaycán.” (Trabaj. Social, ONG)

“En estas infecciones y para combatir el contagio de SIDA, creo que deberían usar condones, no sólo los adolescente sino todos.....aunque hay un problemita....no es tan agradable....¿cómo?...es que señorita...no se siente igual, no es lo mismo...UD sabe.” (Ama de casa, Comedor popular).

8. Percepción sobre el uso de la AOE en Adolescentes

Ante la pregunta: ¿considera ideal el uso de de la AOE ó píldora del día siguiente en adolescentes? Las percepciones fueron:

“LA ¿AOE?...ah...la píldora del día siguiente; bien; en el caso de los y las adolescentes, esta no debe de indicarse, podría ser que solo sean usados en adultos jóvenes. Sin embargo, su indicación aún no esta determinado, para mi es abortivo, por tanto no debería de indicarse...” (Abogada, DEMUNA).

“AOE, ¿qué es eso?...ah... la .píldora del día siguiente, algo he escuchado sobre esto; si los va a proteger para no tener niños, entonces si lo dice el doctor, pues creo que no hay problemas de que los adolescentes lo usen.” (Ama de casa, Comedor popular).

“La AOE?...no se...no lo conozco....señorita, entonces me abstengo de recomendarlo a los adolescentes...yo prefiero mandarlos al hospital para que les expliquen bien todo.” (Ama de casa, Vaso de leche).

“La AOE... ¿Qué significa?...ah...la píldora del día siguiente, es un abortivo, es preferible que el adolescente, en todo caso use un método anticonceptivo, antes que un abortivo.....hay cambios hormonales y cambios de carácter que pueden afectar su salud.” (Periodista, emisora radial, Huaycán).

“La AOE....píldora del día siguiente, ¿no?... es un engaña muchacho. Es un abortivo .es preferible que el adolescente use condones a que use la AOE”. (Trabajadora social, Policlínico Montfort).

“Los adolescentes si deberían usar la AOE, en casos de violaciones y en casos de actividades sexuales no planificadas...por ejemplo una noche loca en las discotecas, sin retorno fijo a casa..... Al menos deberían de usarlo y así evitar embarazos y niños no deseados...Ante la pobreza que aumenta en nuestro país, sobre todo en Huaycán, la AOE es una buena opción para los adolescentes descuidados y que no se cuidan con ningún método anticonceptivo...pero ojo solo en casos de emergencia, luego debería tener una consejería adecuada para evitar pasar estos malos momentos”.

(Secretario general, CUAH).

“La AOE?...¿qué es?...a ya...la píldora del día siguiente....No debe de usarse la AOE, ni en adolescentes ni en cualquier edad, porque es abortivo....¿Cómo lo sabe?...porque me han dicho muchos colegas...también los Médicos....y que aún no está comprobado su uso.”

(Profesora, Colegio Gonzáles Prada).

“AOE, píldora postcoital....podría indicarse en casos de violaciones sobre todo, y en casos de relaciones sexuales no planificadas en menores de edad.... Sería lo mejor, para evitarnos tantos problemas de niños abandonados y mal nutridos”.

(Trabajador social, ONG H).

9. Contribución de los especialistas de Sociedades Civiles para fortalecer los Derechos Sexuales y Reproductivos de los/las Adolescentes

Todos entienden, que no están involucrados completamente con la problemática adolescente, sin embargo desde su óptica y según la casuística ellos vienen trabajando ó en el mejor de los casos hay mucho interés en fortalecer las habilidades y capacidades de estos adolescentes, empoderarlos en sus derechos sexuales y reproductivos; para disminuir casos agobiantes que aumenten la pobreza y subdesarrollo de nuestro país. Veamos los casos:

“primero, debería de modificarse las normas legales en cuanto a anticoncepción....luego aperturar talleres informativos y campañas preventivas...”

(Abogada, DEMUNA).

“no solo queremos charlas preventivas y consejería... sino también difundir los campeonatos deportivos, para ello se pretende habilitar campos deportivos, para el esparcimiento de los y las adolescentes. En general tenemos toda la disposición de fortalecer a los y las adolescentes a través de la práctica del deporte...”

(Secretario general, CUAH).

“podemos fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes, brindándoles consejería y propagación de videos preventivos, asimismo se solicitaría la ayuda del MINSA para que nos brinde los materiales, la capacitación y la entrega de preservativos, por ejemplo, previa consejería y orientación respectiva.”

(Profesora, Colegio Gonzáles Prada).

“de coordinarse adecuadamente, podría hacerse campañas preventivas...nosotros facilitamos toldos y movilidad local...”

(Técnico III, sección familia, Comisaría).

“podemos empoderarlos, bombardeándolos con información, invocamos la prevención y estima del cuerpo, el no abuso de métodos anticonceptivos si los usa, pero de preferencia se difunde el no uso de anticonceptivos a temprana edad. La postergación es la meta. Para ello hacemos catequesis y reuniones de jóvenes semanalmente y una al año. pero mas grande y con invitados...” (Asist. Social, Parroquia Montfort).

“nosotros no hacemos ninguna actividad de fortalecimiento.....pero si lo hacemos con ayuda del hospital u otra entidad....ojala no sea difícil pues muchas de las madres andan apuradas y poco interesadas en los temas concerniente a adolescentes...y también concerniente a ellas mismas...” (Ama de casa, Comedor popular).

“para fortalecer los derechos sexuales y reproductivos de los/las adolescentes, necesitamos de la ayuda de la gente del Hospital y también de los colegios...” (Ama de casa, Vaso de leche).

“debe de hacerse trabajos educativos preventivo promocionales a largo plazo, de preferencia con los profesionales de salud, de ser posible...” (Periodista, emisora radial, Huaycán).

“Si se trata de ayudar y empoderar a la gente en SSR, sobre todo adolescentes, lo haremos, no es nuestro campo de acción pero hay la intención de modificar muchos aspectos internos y de ser posible, anhelamos retomar la dinámica laboral de hace 5 años atrás.” (Trabaj. Social, ONG H).

10. Recomendaciones al Hospital de Huaycán para mejorar la calidad de atención en los y las Adolescentes de esta Comunidad.

Revisando una a una, las recomendaciones, veo que todos o casi todos los representantes de la sociedad civil requieren la presencia y participación directa y activa del MINSA, representado en la zona por el Hospital de Huaycán, para combatir esta problemática de adolescentes, y por ello le sugieren lo siguiente:

“Todos debemos de trabajar coordinadamente con todas las Instituciones de la comunidad...” (Abogada, DEMUNA).

“El hospital de Huaycán.....y la verdad es que todos los hospitales del Estado, deberían de humanizarse, digo esto porque se ve a profesionales de salud, enfermeras y técnicas que tratan mal a los pobladores, ni que decir a las adolescentes que acuden a los servicios, ellos los tratan como si fueran la última cosa del mundo. Por ello la gente del Hospital debe de procurar asistimos para ayudarlos, sobre todo en la disminución de la pobreza (como es el aumento de niños no planificados...)”. (Secretario general, CUAH).

“El Hospital debe brindar información amplia y debe de coordinar más acciones preventivas con nuestro colegio para orientar a nuestros adolescentes.” (Profesora, Colegio Gonzáles Prada).

“El hospital debe mejorar la calidad de atención y el tiempo de espera para ser atendidos. Equipo debe trabajar en forma intersectorial no solo intra hospitalaria sino también a nivel extra hospitalaria”.

(Técnico III, sección familia, Comisaría).

“En el hospital de Huaycán no hay personal especializado, además que no coordinan con el resto de instituciones locales por propia iniciativa...uno mismo tiene que ir si se quiere organizar acciones preventivas a favor de los/las adolescentes. Esto se debe de cambiar si queremos mejorar la calidad de atención y si se quieren mejoras en su programa en curso.”

(Asist. Social, Parroquia Montfort).

“El hospital de Huaycán debe venir para coordinar, para hacer campañas, charlas a los padres e hijo(as), en temas de Embarazo, aborto, ITS, VIH/SIDA, etc.”.

(Ama de casa, Comedor popular).

“El hospital de Huaycán debe de hacer mas trabajo de campo...vengan acá...no tenemos contacto con la gente del hospital desde hace 3 años, como mínimo....las únicas que han venido este año, al menos son la gente de Nutrición.”

(Ama de casa, Vaso de leche).

“Sugerimos al Hospital de Huaycán, mejor trato, paciencia sobre todo para las niñas madres (pues son las que más ¿gritan en los partos?). Educar y prevenir es el objetivo.”

(Periodista, emisora radial, Huaycán).

“Entendemos que no hay muchos recursos...peor aún, la población crece más...y no hay capacidad en el Hospital...pero, eso no los exime de sus labores preventivas. Por otra parte, cuando fuimos, hace 2 años, lo primero que nos piden más que capacitaciones y actualizaciones, que se los podemos dar, es dinero, dinero y dinero....Queremos planificar acciones y no nos permiten...ya lo tienen listo desde DISA y sólo quieren el aporte económico....y que hay si no estamos de acuerdo con la forma y los contenidos a tratar...sin consenso de ningún involucrado.....menos la población...Eso nos aleja.....pero aún así intentaremos retomar acciones integrativas y participativas para bien y desarrollo del país”.

(Trabajadora social, ONG H).

“Actualmente, no tenemos un proyecto específico en SSR para adolescentes, nosotros trabajamos en base a proyectos.....sin embargo cuando hay casos de interés general.....como abortos y embarazos precoces...los guiamos e invitamos a que asistan a las redes juveniles de Ate y de otras sedes de redes juveniles que trabajan con adolescentes en problemas relacionadas a su SSR, además de entregarles trípticos y dípticos según los casos. Lo que podemos decirle al Hospital es que se organicen bien y ello implica una dirección y gestión eficiente de sus directores.....si la cabeza falla....que se espera del resto?....¿Queremos cambios y mejoras? pues cambiemos todo....sino, no sirve de mucho....la cultura es pobre en Huaycán y ella hay que cambiarla.”

(Trabajadora social, ONG H).

ANEXO N° 06

INDICADORES DE CALIDAD USUARIO-PROVEEDOR

Lista recomendada de indicadores de la calidad de la atención

a) El proveedor

- Muestra buena capacidad de asesoría
- Garantiza al cliente un servicio confidencial
- Pregunta al cliente sobre sus objetivos de reproducción (si desea más hijos y cuándo quiere tenerlos)
- Habla con el cliente, ya sea hombre o mujer, acerca del método que prefiere
- Hace referencia al VIH/SIDA (ya sea mencionando el tema o respondiendo a preguntas)
- Habla de los métodos para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual
- Trata al cliente con respeto y cortesía
- Amolda la información esencial a las necesidades del cliente
- Da información correcta sobre el método elegido (explica su uso, efectos secundarios y posibles complicaciones)
- Indica cuándo debe volver a consulta el cliente
- Cumple con los procedimientos indicados para evitar infecciones, siguiendo los lineamientos.
- Reconoce y detecta las posibles contraindicaciones, siguiendo los lineamientos correspondientes
- Realiza los procesos clínicos indicados, siguiendo los lineamientos correspondientes

b) Establecimiento

- Tiene todos los métodos anticonceptivos (aprobados) a disposición del cliente; no hay ninguno agotado
- Tiene los insumos básicos necesarios para los métodos que ofrecen (incluido equipo de esterilización, guantes, tensiómetro, balanza, espéculo, suficiente luz y agua).
- Dispone de ambiente diferenciado para consejería a adolescentes y espacio privado para los exámenes pélvicos y la inserción del DIU
- Tiene establecidos mecanismos para hacer cambios en el programa, respondiendo a las sugerencias de los clientes
- Ha recibido una visita de supervisión dentro de un cierto período de tiempo (previamente establecido)
- Dispone de condiciones de almacenamiento adecuadas para los métodos anticonceptivos y los medicamentos (protegidos contra el agua, el calor y la luz directa del sol) en el propio establecimiento
- Sigue las últimas pautas clínicas
- Los tiempos de espera son aceptables

FUENTE: MEASURE *Evaluation*, "Quick investigation of quality" (2001).

Instrumentos para medir las mejoras en la calidad

a) Mejoras en el conocimiento y habilidades de los proveedores de atención

- Observaciones a los/las proveedores de salud
- Entrevistas a los/las proveedores de salud

b) Mejoras en la satisfacción de los clientes

- Encuestas a usuarios/as a la salida de establecimiento de salud
- Encuestas a no usuarios del programa
- Estadísticas sobre el servicio

FUENTE: Family Planning Service Expansion and Technical Support/John Snow, Inc., *Mainstreaming quality improvement in family planning and reproductive health services delivery* (2000).

ANEXO N° 7**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES E INDICADORES PARA EL PERIODO 2008 – 2011**

Objetivos estratég, Inst.	Indicador	Línea base	Meta al 2011
Reducir la morbimortalidad materna y neonatal	Razón de mortalidad materna	185 x 100 000 NV	120 x 100 000 NV
	Cobertura de parto institucional e zonas rurales	48%	70%
	Razón de mortalidad neonatal	17,5 x 1000NV	15,9 x 1000NV
Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la población con énfasis en grupos poblac. vulnerables	Percepción de la calidad del servicio por el usuario	s.i.	80%
	Acreditación de establecimientos de salud públicos	s.i.	. 25%
Reducir la morbimortalidad materna y neonatal	Reducir el embarazo en adolescentes.		
	Reducir complicaciones del embarazo, parto, y puerperio.		
	Incrementar el parto institucional en zonas rurales		
	Ampliar el acceso a planificación familiar.		
Reducir morbimortalidad de enf. inmunoprevenibles	Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y próstata,		
Priorizar intervenciones de prevención de ITS,	Fortalecer las acciones de prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH.		
Mejorar la calidad del servicio de salud en beneficio de la poblac., con énfasis en grupos. Vulnerables.	Mejorar el acceso y garantizar la calidad de atención, para la población en general con énfasis en la población vulnerable.		
Fortalecer el desarrollo y gestión de los recursos humanos en salud.	Promover y fortalecer el desarrollo del personal de salud, potenciando sus habilidades y competencias para mejorar la calidad de los servicios y la calidez de la atención de los usuarios.		

Fuente: MINSA, 2008.

ANEXO N° 08

Actualmente la Dirección de Salud Lima Este, cuenta con Hospitales y microrredes, de las cuales tiene 5 Hospitales y 106 establecimientos de salud. Las cuales se encuentran distribuidas así:

DISA LIMA ESTE (LIMA IV) / MICROREDES

COD_MR	NOM_MR	COD_UBI	Descripción
0	HOSP	150103101	HOSP. LOCAL DE VITARTE
0	HOSP	150103102	HOSP. HUAYCAN
0	HOSP	150111101	HOSP. NACIONAL HIPOLITO UNANUE
0	HOSP	150111101	HOSP. JOSE AGURTO TELLO(Chosica)
0	HOSP	150111101	HOSP. SAN JUAN DE LURIGANCHO
Total EL AGUSTINO			
1	EL AGUSTINO	150111201	C.S. MADRE TERESA CALCUTA
1	EL AGUSTINO	150111202	C.S. CATALINA HUANCA
1	EL AGUSTINO	150111204	C.S. BETHANIA
1	EL AGUSTINO	150111206	C.S. ANCIETA BAJA
1	EL AGUSTINO	150111207	C.S. PRIMAVERA
1	EL AGUSTINO	150111208	C.S. EL AGUSTINO
Total SANTA ANITA			
2	SANTA ANITA	150137201	C.S. I COOP. UNIVERSAL
2	SANTA ANITA	150137202	C.S. CHANCAS DE ANDAHUAYLAS
2	SANTA ANITA	150137203	C.S. NOCHETO
2	SANTA ANITA	150137204	C.S. HUASCAR
2	SANTA ANITA	150137205	P.S. METROPOLITANA
2	SANTA ANITA	150137206	C.S. SANTA ANITA
2	SANTA ANITA	150137301	C.S. SAN CARLOS
2	SANTA ANITA	150137302	P.S. VINA SAN FRANCISCO
2	SANTA ANITA	150137305	P.S. SANTA ROSA DE QUIVES
Total ATE I			
3	ATE I	150103201	C.S. EL EXITO
3	ATE I	150103203	C.S. SANTA CLARA
3	ATE I	150103205	C.S. MANYLSA
3	ATE I	150103302	P.S. HORACIO ZEVALLOS
3	ATE I	150103304	P.S. AMAUTA
3	ATE I	150103305	P.S. SAN ANTONIO
3	ATE I	150118305	P.S. SENOR DE LOS MILAGROS
Total ATE II			
4	ATE II	150103202	C.S. FORTALEZA
4	ATE II	150103207	C.S. MICAELA BASTIDAS
4	ATE II	150103301	P.S. ATE
4	ATE II	150103306	P.S. ALFA Y OMEGA
4	ATE II	150103309	P.S. TUPAC AMARU
Total ATE III			
5	ATE III	150103204	C.S. GUSTAVO LANATTA
5	ATE III	150103206	C.S. SALAMANCA
5	ATE III	150103303	C.S. EL BOSQUE
5	ATE III	150111205	C.S. SAN FERNANDO
5	ATE III	150111205	C.S. SANTA MAGDALENA SOFIA
5	ATE III	150111301	C.S. 7 DE OCTUBRE
Total LA MOLINA _ CIENEGUILLA			

6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150109201	C.S. TAMBO VIEJO
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150109301	P.S. HUAYCAN DE CIENEGUILLA
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150109302	P.S. 2 COLCA
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150114201	C.S. LA MOLINA
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150114202	C.S. VINA ALTA
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150114203	C.S. MUSA
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150114301	P.S. MATAZANGO
6	LA MOLINA_ CIENEGUILLA	150114302	P.S. PORTADA DEL SOL
Total CHACLACAYO			
7	CHAACLACAYO	150107201	C.S. CHACLACAYO - LOPEZ SILVA
7	CHAACLACAYO	150107202	C.S. MORON
7	CHAACLACAYO	150107203	C.S. PROGRESO
7	CHAACLACAYO	150107204	C.S. CENTRO MATERNO INFANTIL MIGUEL GRAU
7	CHAACLACAYO	150107301	P.S. PERLA DEL SOL
7	CHAACLACAYO	150107302	P.S. HUASCATA
7	CHAACLACAYO	150107303	P.S. VILLA RICA
7	CHAACLACAYO	150107304	P.S. TRES DE OCTUBRE
7	CHAACLACAYO	150118301	P.S. ALTO HUAMPANI
7	CHAACLACAYO	150118306	P.S. VIRGEN DEL CARMEN - LA ERA
Total CHOSICA I			
8	CHOSICA I	150118201	C.S. MOYOPAMPA
8	CHOSICA I	150118202	C.S. CHOSICA
8	CHOSICA I	150118203	C.S. NICOLAS DE PIEROLA
8	CHOSICA I	150118204	C.S. SAN ANTONIO DE PEDREGAL
8	CHOSICA I	150118206	C.S. CENTRO REHABILITACION DE CHOSICA
8	CHOSICA I	150118302	P.S. CHACRASANA
8	CHOSICA I	150118303	P.S. YANACOTO
8	CHOSICA I	150118304	P.S. MARISCAL CASTILLA
8	CHOSICA I	150118305	P.S. SENOR DE LOS MILAGROS
8	CHOSICA I	150118307	P.S. VILLA DEL SOL
8	CHOSICA I	150118312	P.S. PABLO PATRON
8	CHOSICA I	150118314	C.S. CENTRO VETERINARIO Y ZONOSIS
Total CHOSISCA II			
9	CHOSISCA II	150118205	C.S. JICAMARCA
9	CHOSISCA II	150118308	C.S. SANTA MARIA DE HUACHIPA
9	CHOSISCA II	150118309	C.S. VIRGEN DEL ROSARIO CARAPONGO
9	CHOSISCA II	150118310	P.S. VILLA LETICIA DE CAJAMARQUILLA
9	CHOSISCA II	150118311	P.S. ALTO PERU
9	CHOSISCA II	150118318	P.S. NIEVERIA DEL PARAISO
9	CHOSISCA II	150118319	P.S. CASA HUERTA LA CAMPINA
Total PIEDRA LIZA			
10	PIEDRA LIZA	150132201	C.S. SAN JUAN(chacarilla)
10	PIEDRA LIZA	150132203	C.S. PIEDRA LIZA
10	PIEDRA LIZA	150132206	C.S. MANGOMARCA
10	PIEDRA LIZA	150132211	C.S. CAMPOY
10	PIEDRA LIZA	150132218	C.S. ZARATE
10	PIEDRA LIZA	150132307	P.S. AZCARRUNZ ALTO
10	PIEDRA LIZA	150132320	P.S. CAMPOY ALTO
10	PIEDRA LIZA	150132328	P.S. CAJA DE AGUA
Total S FERNANDO			
11	S FERNANDO	150132210	C.S. SAN HILARION
11	S FERNANDO	150132212	C.S. SAN FERNANDO
11	S FERNANDO	150132214	C.S. LA LIBERTAD
11	S FERNANDO	150132216	C.S. LA HUAYRONA

11	S FERNANDO	150132311	P.S. STA. FE DE TOTORIT.
11	S FERNANDO	150132314	P.S. SANTA ROSA
11	S FERNANDO	150132329	P.S. 15 DE ENERO
Total CANTO GRANDE			
12	CANTO GRANDE	150132202	C.S. HUASCAR II
12	CANTO GRANDE	150132204	C.S. HUASCAR XV
12	CANTO GRANDE	150132207	C.S. GANIMEDES
12	CANTO GRANDE	150132315	P.S. AYACUCHO
12	CANTO GRANDE	150132319	P.S. MEDALLA MILAGROSA
Total J. ZUBIETA			
13	J. ZUBIETA	150132209	C.S. BAYOVAR
13	J. ZUBIETA	150132217	C.S. JAIME ZUBIETA
13	J. ZUBIETA	150132220	C.S. C SANTA MARIA
13	J. ZUBIETA	150132312	P.S. PROYEC. ESPECIALES
13	J. ZUBIETA	150132326	P.S. C. TUPAC AMARU II
13	J. ZUBIETA	150132331	P.S. SAGRADA FAMILIA
Total J.C. MARIATEGUI			
14	J.C. MARIATEGUI	150132215	C.S. CRUZ DE MOTUPE
14	J.C. MARIATEGUI	150132219	C.S. C. E. MONTENEGRO
14	J.C. MARIATEGUI	150132221	C.S. J.C. MARIATEGUI
14	J.C. MARIATEGUI	150132304	P.S. JUAN PABLO II
14	J.C. MARIATEGUI	150132309	P.S. 10 DE OCTUBRE
14	J.C. MARIATEGUI	150132325	P.S. J.C. MARIATEGUI V ETAPA
14	J.C. MARIATEGUI	150132332	P.S. CESAR VALLEJO
Total OTROS			
X	OTROS	150702301	P.S. NIEVE NIEVE
X	OTROS	150716302	P.S. SAGRADO CORAZON
X	OTROS	150728302	P.S. BUENOS AIRES

Fuente: DISA IV_ LIMA ESTE; 2009

ANEXO N° 09**ELEMENTOS DEL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA QUE GARANTIZAN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LOS Y LAS ADOLESCENTES²⁷⁵**

¿Qué elementos del Código garantizan los Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes?

Derechos Sexuales y Reproductivos

Cap. I. Art. 4°.- El adolescente tiene derecho a que se respete su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. No podrán ser sometidos a tortura, ni a trato cruel o degradante.

Cap. I. Art. 11.- El adolescente tiene derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

Cap. II. Art. 15°.- El Estado garantiza que la educación básica comprenda: El desarrollo de la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño y del adolescente, hasta su máximo potencial, La preparación para una vida en una sociedad libre, con un espíritu de solidaridad, comprensión, paz, tolerancia, igualdad entre los sexos, amistad entre los pueblos y grupos étnicos, nacionales y religiosos; Derecho a ser amado y acogido en un espacio afectivo, protector y promotor de capacidades, como condición para el desarrollo pleno de hombres y mujeres, en relaciones de equidad de género, con libertad de pensamiento, conciencia y religión y evitando la expresión estereotipada de la sexualidad, favoreciendo la construcción de la identidad personal y social.

Cap. I art. 10.- El adolescente tiene derecho a la libertad de expresión en sus distintas manifestaciones.

Cap. II. Art. 15.- El Estado garantiza que la educación básica comprenda: La orientación sexual y la planificación familiar; El respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales; La promoción y difusión de los derechos y El desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico y creativo.

Cap. II. Art. 16°.- El adolescente tiene derecho a ser respetado por sus educadores y a cuestionar sus criterios valorativos, pudiendo recurrir a instancias superiores si fuera necesario.

Cap. II. Art. 18°.- Los Directores de los centros educativos comunicarán: Derecho a la libertad de expresión sexual, al placer sexual, sin coerción, violencia, discriminación y maltrato, contando con educación sexual para la equidad sexual, la celebración de la diversidad y el desarrollo paulatino de la capacidad para el auto cuidado de su vida y desarrollo. Y Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú, a la autoridad competente los casos de: - Maltrato físico, psicológico, de acoso, abuso y violencia sexual en agravio de alumnos; Reiterada repitencia y deserción escolar; Reiteradas faltas injustificadas; Consumo de sustancias tóxicas; Desamparo y otros casos que impliquen violación de los derechos del adolescente y Rendimiento escolar de adolescentes trabajadores. Y Otros hechos lesivos.

Título preliminar, Art. II.- El adolescente es sujeto de derechos, libertades y de protección específica.

Título preliminar, Art. III.- Para la interpretación y aplicación del Código se deberá considerar la igualdad de oportunidades y la no discriminación a que tiene derecho todo niño y adolescente sin distinción de sexo. Derecho a la libertad de preferencia sexual, elección de pareja y desarrollo de relaciones afectivas, sin discriminación, violencia o coerción, en un ambiente de contención y afecto, información y orientación, que respete su vida privada.

Título preliminar, Art. II.- El adolescente es sujeto de derechos, libertades y de protección específica:

²⁷⁵ Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú IWHC – IES.2005.

Cap. I. Art. 2º.- El Estado otorgará atención especializada a la adolescente madre y promoverá la lactancia materna y el establecimiento de centros de cuidado diurno.

Cap. I. Art. 9º.- El adolescente que estuviera en condiciones de formarse sus propios juicios, tendrá derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que les afecten y por los medios que elijan, incluida la objeción de conciencia y a que se tenga en cuenta su opinión en función de su Derecho a planificar su vida y adoptar decisiones relativas a la sexualidad y la reproducción sin sufrir coacciones,

discriminación ni violencia y a contar con la información y servicios de salud diferenciados o dedicados sólo a adolescentes hombres y mujeres, que atiendan la salud psico afectiva, sexual y reproductiva asegurando el acceso a Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú edad y madurez.

Cap. II. Art. 21.- Derecho a la atención integral de su salud, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico o intelectual en condiciones adecuadas...Corresponde al Estado, con la colaboración y el concurso de la sociedad civil, desarrollar programas necesarios para reducir la mortalidad y prevenir las enfermedades...otorgar prioridad a adolescentes en circunstancias especialmente difíciles y a la adolescente madre durante los períodos de gestación y lactancia...medicamentos frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), HIVSIDA, profilácticos, anticoncepción, la atención de aborto complicado, pre natal, parto, puerperio, así como la rehabilitación de víctimas y victimarios de violencia sexual.

Título preliminar. Art. X.- El Estado garantiza un sistema de administración de justicia especializada para adolescentes. Los casos sujetos a resolución judicial o administrativa en los que estén involucrados adolescentes serán tratados como problemas humanos. Derecho a contar con servicios de justicia dedicados a adolescentes en forma diferenciada y descentralizada, tanto para la protección y defensa de sus derechos, como para la atención legal directa, la acogida y el protección, garantizando la privacidad, integridad física y moral y servicios con alta capacidad resolutive.

Título preliminar. Art. VIII.- Es deber del Estado, la familia, las instituciones públicas y privadas y las organizaciones de base, promover la correcta aplicación de los principios, derechos y normas establecidos en el presente Código y en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Cap. I. Art. 4º.- Se consideran formas extremas que afectan su integridad personal, el trabajo forzado y la explotación económica, así como el reclutamiento forzado, la prostitución, la trata, la venta y el tráfico de Adolescentes y todas las demás formas de explotación.

Derecho a la protección inmediata del Estado local, regional y nacional, contra toda forma de abuso, violencia y explotación sexual, comercio y tráfico sexual, garantizando sanciones drásticas para todos y todas las que violen los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes.

Cap. I. Art. 13.- El adolescente tiene derecho a la libertad de asociarse Derecho a participar en la Derechos Sexuales y Reproductivos de Adolescentes en el Perú con fines lícitos y a reunirse pacíficamente...podrán constituir personas jurídicas de carácter asociativo sin fines de lucro, siempre que no impliquen disposición patrimonial. Planificación, implementación, evacuación y rendición de cuentas de los servicios públicos y privados destinados a su atención, promoción o rehabilitación.

ANEXO N° 10

CONCEPTO TEÓRICO DE LOS PRINCIPIOS DE CALIDAD

Principio de calidad	Definición del principio	Área a la cual pertenece	Definición del principio
1.-compromiso administración – liderazgo.	La administración debe establecer un compromiso continuo y a largo plazo. Por ello, exige participación y cooperación del resto del equipo. Y ofrecer entrenamiento y motivación permanente. La alta administración debe dirigir la evolución de la calidad y participar en la revisión del proceso de mejoramiento de la calidad. Sin liderazgo la promoción de CT carecerá de efecto.	Liderazgo	Compromiso de la administración a ejercer liderazgo efectivo mediante la puesta en práctica de un sistema de administración por calidad total que tenga como principio la constancia y el propósito.
2.- Equipos de mejora de calidad	Para aumentar el nivel de conciencia de los profesionales y empleados sobre la calidad, es alentado un cambio de cultura, como el trabajo en equipo. Debe revisarse permanentemente la estructura administrativa con el fin de introducir procedimientos para la mejora de la calidad. Los proyectos de mejora deben seleccionarse mediante los siguientes pasos: nominación, selección, análisis/solución y publicación.	Mejoramiento de la calidad	Medir la calidad de todos los servicios y productos, realizar auditorias al sistema de calidad, mediante el trabajo en equipo, corregir los problemas y en consecuencia mejorar la calidad.
3.- Medición de la calidad	Los resultados de calidad, deben evaluarse por medio de indicadores y métodos de análisis estadísticos que sirvan para medir los problemas de calidad tanto reales como potenciales. Debe incrementarse el parámetro de calidad en la evaluación de desempeño del trabajo, pero no usarse como parámetro ni sobre una base de “pasa, no-pasa”.	Mejoramiento de la calidad	
4.- Corrección de problemas	Identificar y solucionar problemas localizados en el sistema (diseño, materias primas, composición de material, mantenimiento, mejoras de equipo, capacitación, supervisión y readiestramiento). El propósito es restaurar un estado de conformidad con los objetivos de calidad. Debe eliminarse la causa básica (no los síntomas) y no confundir los objetivos con los medios para lograrlos. El control de calidad es una disciplina que combina conocimiento con acción.	Mejoramiento de la calidad	
5.- Comité de calidad	La consolidación de este sistema, puede ser necesario en un principio pero bien puede desaparecer cuando culturalmente la organización ha desarrollado una cultura de calidad.	Liderazgo	
6.- Capacitación y educación	La CT comienza y termina con educación. Puede adoptarse métodos modernos de capacitación para todo el equipo administrativo y empleados. La capacitación y reentrenamiento son procesos que nunca terminan.	Sistema humano	Competitividad, crecimiento y permanencia requiere del desarrollo de una cultura de calidad, apoyada en la educación y capacitación, reforzados mediante mecanismos adecuados de recompensa y reconocimiento.
7.- Objetivos de calidad	Parte del plan de trabajo.	Planeación	Establecer planes estratégicos y una política de calidad para el logro de objetivos de calidad, basado en el enfoque de sistemas.
8.- Prevención de errores	Es fundamental anticipar los errores potenciales las quejas.	Administración del proceso	Diseño, servicios y procesos, establecer relaciones laborales e información oportuna, se mantenga el control del proceso de la forma que se logre prevenir la ocurrencia de errores.
9.-Reconocimiento y recompensas	Reconocerse los logros en forma pública pero también debe castigarse el comportamiento no deseado, sólo si podrá irse consolidando una cultura de calidad en la organización.	Sistema humano	

10.- Crecimiento con rentabilidad	CT objetivo principal, ya que es una filosofía de administración y dirección de negocios que produce beneficios a largo plazo.	Liderazgo	
11.-Conocimiento de competidores	Conocer con profundidad los requerimientos para prever que hacer ahora y en el futuro.	Enfoque al cliente/usuario	Compromiso de satisfacer necesidades para asegurar su permanencia.
12.- Planeación estratégica	Desarrollar estrategias claras y efectivas, así como planes para lograr los objetivos, a través de la identificación de factores de éxito y procesos críticos.	planeación	
13.- Cultura de calidad	La filosofía de CT se basa en que las mejoras de calidad de mayor impacto son aquellas que genera el personal de manera directa involucrado en los procesos correspondientes. La CT revela lo mejor de cada persona. La filosofía de mejora continua se adopta para cambiar a una cultura en que las personas disfruten y estén satisfechas de su trabajo, incrementando su propia calidad de vida.	Sistema humano	
14.- Enfoque total de sistemas	La CT requiere la integración estructural de actividades que con frecuencia no tienen coordinación.	planeación	
15.- Administración de la información	La información está asociada a indicadores de efectividad y eficiencia de los procesos. además de estar ligada a los objetivos estratégicos de calidad para el mejoramiento continuo.	Administración del proceso	
16.- Políticas de calidad	La organización requiere claridad en la definición de responsabilidades y autoridad. Cada integrante de la organización tiene que poder controlar su proceso para ser responsable de la calidad.	planeación	
17.-Constancia y propósito para la competitividad	La calidad se tiene que construir en cada diseño al igual que en cada proceso.	liderazgo	
18.-Métodos de supervisión	CT funcionará si supervisores y trabajadores asumen liderazgo responsable.	Sistema humano	
19.-Diseño de productos y procesos	Se requieren métodos adecuados para diseñar y controlar el producto, así como para definir los cursos de acción en caso de reclamaciones por daño.	Administración del proceso	
20.- Control del proceso	Se logra un estado ideal de control de calidad cuando ya no se requiere de inspección.	Administración del proceso	
21.-relación con proveedores	Necesario elaborar políticas de calidad de proveedores.	Administración del proceso	
22.- Auditoría o evaluación al sistema de calidad	Los sistemas de CT deben evaluarse periódicamente mediante un conjunto de procedimientos de diagnóstico. La cual puede hacerlo un personal externo.	Mejoramiento de la calidad	

Fuente: adaptado de Humberto Cantú delgado. Desarrollo de una cultura de calidad.2006.

ANEXO N° 11

AGENDA DE DERECHOS DE ADOLESCENTES

- a) Ser protegidos por sus familias, ser queridos, cuidados.
- b) Alimentarse bien, tener un hogar sin violencia.
- c) Ir a la escuela y terminar la secundaria.
- d) Jugar, divertirse, estar con sus amigos y amigas.
- d) No ser discriminados por el color de la piel, su acento al hablar, su situación económica o por tener relaciones sexuales o hijos.
- e) Ser escuchados en casa, en el colegio, en la comunidad.
- f) Ser respetados en su capacidad para tomar decisiones, los adultos sólo deben informar y orientar.
- g) Incentivar para mejorar.
- h) Acceder a información sobre lo que nos interesa: la sexualidad, el enamoramiento, la relación con los padres y los adultos en general, el trabajo, etc.
- i) Participar en la vida comunitaria con opinión y aportes prácticos concretos.
- j) Trabajar sin ser explotados por los adultos.
- k) Tener servicios de salud gratuitos.
- l) No ser juzgados por sus errores, respetar que están en formación y hay muchas cosas de las que no están informados. Orientarlos con paciencia, e incentivarlos a seguir adelante.
- m) Controlar lo que hacen los servicios públicos para Adolescentes y la forma en que funcionan.
- n) Defenderse de lo que les hace daño, incluso de sus familias cuando éstas no cumplen con su rol.

Fuente: DSDR de adolescentes en el Perú. La Rosa Huertas, Liliana, 2006.

STAGE DE FOTOS

Foto N° 01: Huaycán



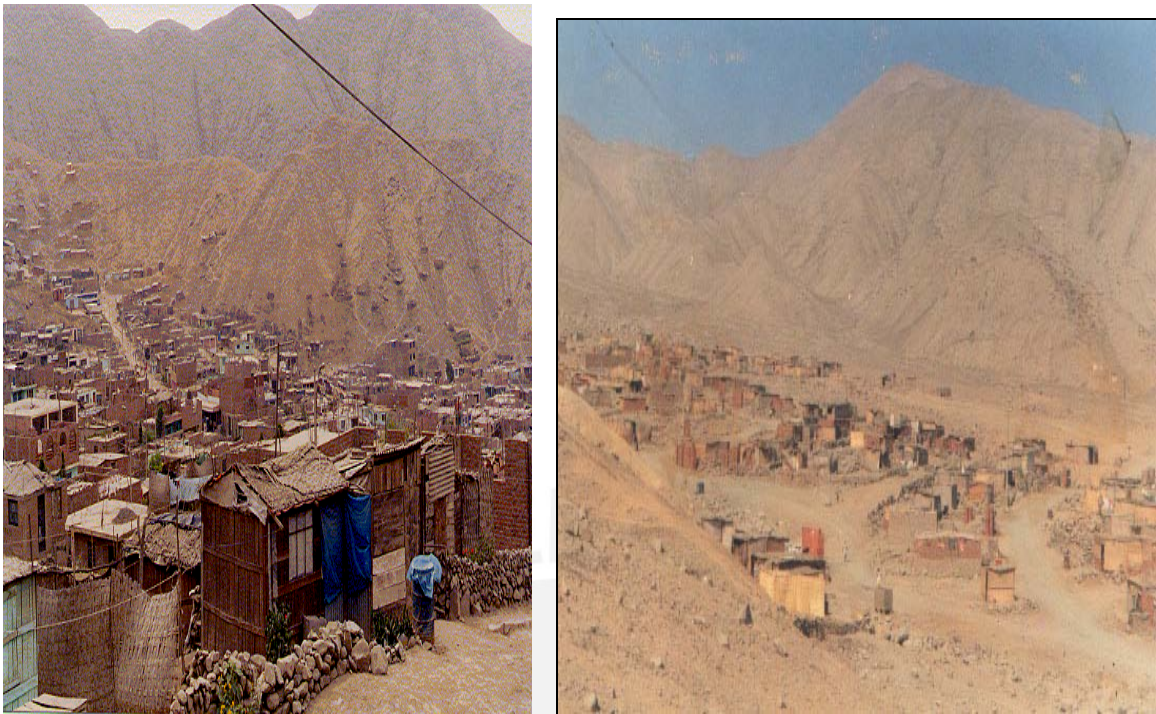
Fuente: foto tomada el 15 de julio del 2008- plaza principal.

Foto N° 02: Hospital Huaycán



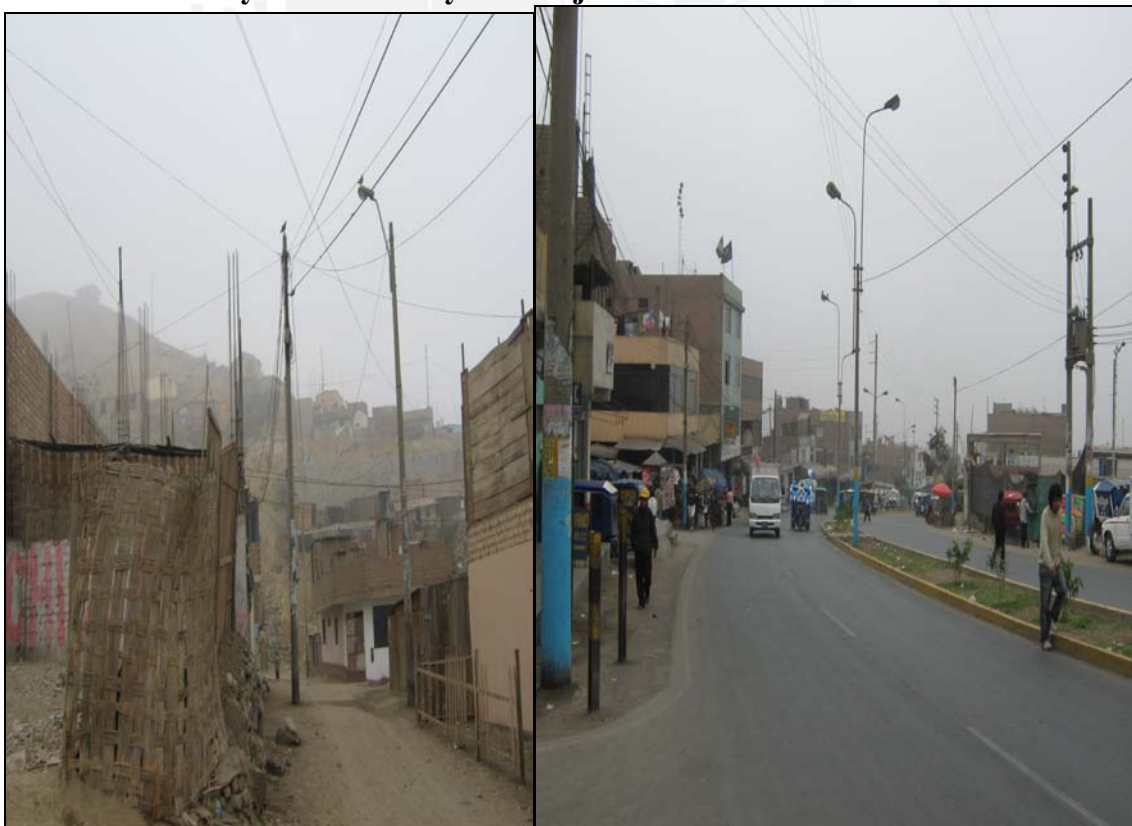
Fuente: Foto tomada durante la gestión de Director Médico: Dr. Juan Carlos Yafac Villanueva, 2005.

Foto N° 03: Prolongación de las zonas altas de Huaycán 1



Fuente: archivo de la unidad de estadística del Hospital de Huaycán, 2008.

Foto N° 04: Huaycán zona alta y zona baja-2009.



Fuente: Foto tomada a las 7 y 30 de octubre del 2009- por SRH.

Foto N° 05: Adolescentes en Sala de partos-Hospital de Huaycán.



Fuente: Foto tomada el 16-10-2009-Huaycán.- por SRH.

Foto N° 06: Puérpera adolescente de 17 años, de 6 horas posparto.



Fuente: Sala de Hospitalización del HH- Foto tomada el 16-10-2009- por SRH.

Foto N° 07: Puérpera adolescente de 16 años, de 6 horas posparto.



Fuente: Sala de Hospitalización del HH- Foto tomada el 16-10-2009- por SRH.

Foto N° 08: Puérpera adolescente de 14 años, de 6 horas posparto.



Fuente: Sala de Hospitalización del HH- Foto tomada el 16-10-2009- por SRH.

MAPA DE LA ZONA DE HUAYCÁN-ATE VITARTE.

