

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



**La gestión pública de las políticas de salud en adolescentes:
Adecuación cultural de la implementación del Plan Multisectorial para la
Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 y su nivel de
satisfacción en los adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados
del distrito de Ayacucho periodo 2018**

Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gerencia Social con mención
en Gerencia de la Participación Comunitaria que presenta:

Marco Rolando Huamani Revollar

Asesor:

Dr. Luis Alex Alzamora de los Godos Urcia

Lima, 2025


Informe de Similitud

Yo, Luis Alex Alzamora De Los Godos Urcia, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada(o) LA GESTIÓN PÚBLICA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ADOLESCENTES: Adecuación cultural de la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y su nivel de satisfacción en los Adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados del Distrito de Ayacucho. Periodo 2018, de el autor Marco Rolando Huamani Revollar, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 17%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Tumitin* el 28/04/2022.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 31 de mayo de 2025.

Apellidos y nombres del asesor: Alzamora De Los Godos Urcia, Luis Alex	
DNI: 18133490	Firma
ORCID: 0000-0003-1315-102X	



DEDICATORIA:

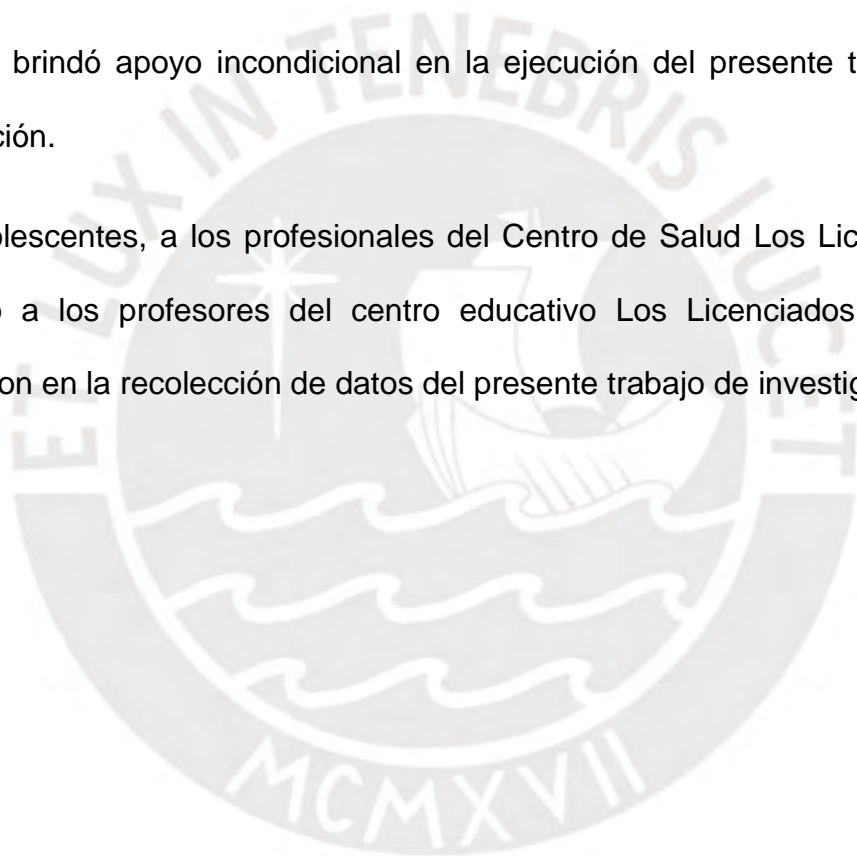
A mis hijos Fabricio, Valentina Y Valeria, ya que ellos son la motivación y fuerza motriz para lograr mis objetivos en mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica del Perú, en especial a la maestría en Gerencia Social y a la plana docente, quienes durante los años de estudio supieron guiar de mi formación profesional impartiendo sus conocimientos.

Al profesor Luis Alex Alzamora de Godos Urcia en su condición de asesor, quien me brindó apoyo incondicional en la ejecución del presente trabajo de investigación.

A los adolescentes, a los profesionales del Centro de Salud Los Licenciados, así como a los profesores del centro educativo Los Licenciados, quienes posibilitaron en la recolección de datos del presente trabajo de investigación.



RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio de naturaleza mixta, pretende encontrar un análisis cuanti-cualitativa como es la atención especializada al adolescente tratando la temática de la salud sexual y reproductiva, para ello se pretende comprender, interpretar y explicar las conductas, creencias, percepciones y valores de las y los adolescentes; para ello surge como problema principal identificar ¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho, periodo 2018?. Teniendo como prioridad profundizar en el proceso del programa implementado por el MINSA.

Se busca explicar si existe una apropiada adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021, de la misma forma conocer la satisfacción de los adolescentes respecto a la implementación del mencionado plan así como la preparación de los profesionales de la salud en temas de interculturalidad o cultura de los adolescentes, a fin de proporcionar una adecuada prestación de servicios, *“tomando en cuenta en el diseño, planteamiento e implementación de políticas de salud, el respeto a la identidad, las características étnicas y los valores de cada cultura de las y los adolescentes, concibiendo que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración, articulación y convivencia entre culturas”* (MINSA Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011).

ABSTRACT

The present study of a mixed nature, aims to find a quantitative-qualitative analysis such as specialized attention to adolescents dealing with the issue of sexual and reproductive health, for this purpose it is intended to understand, interpret and explain the behaviors, beliefs, perceptions and values of the and adolescents; For this, the main problem arises to identify What is the level of cultural adaptation in the implementation of the Multisectoral Plan for the prevention of pregnancy in adolescents 2012-2021 and the level of satisfaction of adolescents in the Los Graduates health center of the district of Ayacucho , period 2018 ?. Having as a priority to deepen the process of the program implemented by MINSA.

It seeks to explain if there is an appropriate cultural adaptation in the implementation of the Multisectoral Plan for the prevention of pregnancy in adolescents 2012-2021, in the same way to know the satisfaction of adolescents regarding the implementation of the aforementioned plan as well as the preparation of professionals of health on issues of interculturality or adolescent culture, in order to provide an adequate provision of services, taking into account in the design, planning and implementation of health policies, respect for identity, ethnic characteristics and values of each culture of adolescents, conceiving that no cultural group is above the other, favoring at all times the integration, articulation and coexistence between cultures.

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN EJECUTIVO	5
ABSTRACT	6
SIGLAS Y ABREVIATURAS	9
CAPÍTULO I.	
INTRODUCCIÓN	12
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Preguntas de Investigación	19
1.3. Justificación	20
1.4. Objetivo de la investigación	21
1.4.1. Objetivo general	21
1.4.2. Objetivo específico	21
CAPÍTULO II.	
CUERPO DE LA TESIS	23
2.1. Antecedentes de estudio	23
2.2. ¿Qué es cultura?	24
2.3. Enfoques de desarrollo	27
2.4. Enfoque de Derechos Humanos	28
2.5. Organización y financiamiento del sector público de salud	32
2.6. Políticas Públicas en Salud del Adolescente: Visión Integral	38
2.7 Proyecto o programa que se está analizando	46
2.8. La Fecundidad de adolescentes a nivel del Distrito de Ayacucho	59
2.9. El Embarazo en Adolescentes desde el Enfoque de determinantes de la salud	62
2.10. Declaración de Medellín sobre prevención del embarazo en adolescentes en el área andina.	67
2.11. Análisis situacional del programa de salud sexual y reproductiva de adolescentes del centro de salud los licenciados, periodo 2018.	69
2.12. Análisis del marco normativo: internacional y nacional sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR)	78
2.12.1 Marco normativo internacional	78
2.12.2 Marco normativo nacional	83

CAPÍTULO III.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	87
3.1. Diseño de investigación	87
3.1.1. Tipo y nivel de investigación	87
3.2. Forma de investigación	87
3.3. Nivel de investigación	89
3.4. Dimensión y características de la muestra	90
3.5. Variables e indicadores	91
3.6. Técnicas e instrumentos y/o fuentes de recolección de datos	93
3.7. Validación de los instrumentos	94

CAPÍTULO IV.

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos de datos	97
4.1.1 Profesionales de la salud capacitados en la cultura de los adolescentes del centro de salud Los Licenciados	97
4.1.2 Uso del Centro de Salud Los Licenciados por parte de los adolescentes en busca de información sobre salud sexual y reproductiva y relación que se entabla con los profesionales de la salud.	102
4.1.3 Opinión de los adolescentes sobre las limitaciones en la implementación del servicio en el Centro de Salud Los Licenciados	110
4.1.4 Opinión de los profesionales de la salud sobre las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud Los Licenciados	122

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES	127
RECOMENDACIONES	129
BIBLIOGRAFÍA	130
ANEXOS	135

SIGLAS Y ABREVIATURAS

CDJ – CENTROS DE DESARROLLO JUVENIL

CEPAL - COMISIÓN ECONOMICA PARA AMERICA LATINA

CIPD – CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL
DESARROLLO.

CPN – CONTROL PRENATAL

DSR – DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ENDES – ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR

ESI – EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

ESSALUD – SEGURO SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ

ESSALUD – ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Depende del Ministerio
de Trabajo, pero en las normas de servicios de salud dependen del
Ministerio de Salud.

GL – GOBIERNOS LOCALES

GR – GOBIERNO REGIONAL

IES – INSTITUTO DE EDUCACIÓN DE SALUD

INEI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

MAC – METODO ANTICONCEPTIVO

MM – MUERTES MATERNAS

MEF – MADRES EN EDAD FERTIL

MINSA – MINISTERIO DE SALUD

ODM – OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

ONGs – ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES O QUE NO PERTENECEN
AL GOBIERNO

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

PBI – PRODUCTO BRUTO INTERNO

PSSR – PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PF – PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SERUMS – SERVICIO RURAL URBANO MARGINAL DE SALUD.

SIS – SEGURO INTEGRAL DE SALUD

SNJ – SECRETARIA NACIONAL DE LA JUVENTUD

SSR – SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SR – SALUD REPRODUCTIVA

TF – TASA DE FECUNDIDAD

TGF – TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

TMM – TASA DE MORTALIDAD MATERNA

UNFPA – FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

VIH/SIDA – VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA/ SINDROME DE INMUNO
DEFICIENCIA ADQUIRIDA



Estructura política del Estado Peruano

Numero de Gobiernos Regionales: 26

Provincial: 194 provincias.

Distrito: 1828

Centros poblados: 69,951

Datos de Población

Total, de peruanos: 31'237,385 – INEI, Censo 2017.

Porcentaje de Peruanos que viven en situación de pobreza: 54.8% (INEI, Censo 2017)

Población en situación de pobreza, de 10-14 años: 66.9 % (INEI, Censo 2017)

Población en situación de pobreza, de 15 – 19 años: 56.6 % (INEI, Censo 2017)

Población nacional en situación de extrema pobreza: 24.4% (INEI, Censo 2017)

Población en situación de extrema pobreza, de 10-14 años: 33.7% (INEI, Censo 2017)

Población en situación de extrema pobreza, de 15-19 años: 23.2% (INEI, Censo 2017)

Datos del Distrito de Ayacucho

Población Total de habitantes: 653'755.

Población total asignada al Centro de Salud los Licenciados al 2018:

Población total de adolescentes al 2017: 82'844

Total de adolescentes de 10-14 años: 45'079

Total de adolescentes sexo masculino de 10 – 14 años: 22'773

Total de adolescentes sexo masculino de 15 - 19 años: 19'083

Total de adolescentes sexo femenino de 10 - 14 años: 22'306

Total de adolescentes sexo femenino de 15 – 19: 18'682

El Distrito de Ayacucho tiene un 62.6% de población pobre y un 17% de población en pobreza extrema.

**LA GESTIÓN PÚBLICA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ADOLESCENTES:
Adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la
prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y su nivel de
satisfacción en los Adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados del
Distrito de Ayacucho. Periodo 2018**

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza la adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción en los adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados del Distrito de Ayacucho. A través de tres perspectivas. La primera es desde la perspectiva de adolescentes, la segunda es desde la perspectiva de los/las proveedores de salud, y la tercera perspectiva es desde la sociedad civil; teniendo como sede el Centro de Salud Los Licenciados del Distrito de Ayacucho, durante el periodo 2018.

“Una política pública no solo es argumento persuasivo o razonamiento sino también es un arte de lidiar con un público”(Lindomar 2017:5).¹ “Es por ello que la conclusión de un estudio de políticas puede ser un pronóstico, una recomendación, una evaluación de los programas vigentes” (UNFPA 2005:2-5), es así que a través del presente estudio se busca comprender como se comporta efectivamente el plan, si logro los objetivos trazados, de no ser así, como puede mejorarse. Por lo tanto, el 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” (UNFPA 2005:2-5).

La política, según Sócrates, Platón y Aristóteles, es el arte, no la ciencia ni el método. Requiere de mucha creatividad y de la capacidad de lograr consensos, los cuales suponen un dialogo en el que todos aportan, no una situación en la que unos mandan y otros obedecen. La política, en resumen, es el arte de lograr consensos para el bien común, y el bien común es salud para todos, tal como la cobertura universal.

¹ LINDOMAR Boneti. Políticas Publicas Por Dentro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mercado de Letras, 2017.

En nuestra vida, ser adolescente constituye una etapa privilegiada en una persona, ya que es la transición de la infancia a la vida adulta. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, estableciendo las posibilidades de independencia socioeconómica (OMS, 2001:1).

“El 13,4% de las mujeres de 15 a 19 años de edad fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez, lo que representó un incremento del 0,7% con respecto al año anterior cuando el índice fue de 12,7%” (ENDES, 2017:5).

Las tasas de fecundidad de adolescentes se han mantenido relativamente estables y han sufrido una disminución mucho menor que la TGF. Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se ubican en las zonas rurales y entre las que tiene menor nivel de educación. En un análisis de la ENDES, Raguz, (2002), evidenció que un 64% de las adolescentes gestantes no deseaba esa gestación. Asimismo, la ENDES 2017 evidenció que el embarazo en adolescentes del área rural fue de 23,2% mientras que en el área urbana fue de 10,7% (Raguz 2002:57).

La situación de salud de la mujer depende de múltiples factores, siendo de gran importancia tener en cuenta los determinantes sociales en la salud. En la etapa reproductiva los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, requieren de un abordaje integral, con enfoque de riesgo, de género, de interculturalidad y de derechos, para ello es fundamental que las instituciones de salud, tengan la capacidad resolutive de acuerdo a la categorización establecida para que oferten servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades y las expectativas de la población. Asimismo, se requiere contar con recursos humanos “con competencia técnica y con habilidades y destrezas relacionadas a una atención de calidad, calidez y oportuna” (Raguz 2002:57).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de investigación que se da tiene como escenario el distrito de Ayacucho, surge del trabajo denodado en el ámbito de la salud y es por medio de la identificación de un diagnóstico situacional y por la utilización de instrumentos de recolección de información se logró identificar que muchos de los adolescentes residentes en la zona son padres y madres a temprana edad.

El departamento de Ayacucho es la séptima región con la más alta proporción de embarazo adolescente, de la misma forma es la sexta región con la tasa más baja de uso de métodos modernos de planificación familiar: 50.0% (ENDES 2017); En Ayacucho el 16,8% de las adolescentes (de 15 a 19 años de edad) o están embarazadas o ya son madres. Esto altera su proyecto de vida, ya que el embarazo en adolescentes generalmente es no deseado y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, lo que suele terminar en abandono de la mujer y el hijo. “Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida preparación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas” (ENDES 2017:5). Dicha información fue contrastada con los reportes con los que cuenta el Centro de Salud Los Licenciados es por ello que se decidió estudiar el problema planteado.

La presente investigación surge de la necesidad de conocer ¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados del Distrito de Ayacucho, periodo 2018?, Ya que en la actualidad existen datos estadísticos que dan cuenta que los profesionales de la salud no han sido capacitados en temas de interculturalidad o cultura de los adolescentes, a fin de proporcionar una adecuada prestación de servicios que mitigue el embarazo en adolescentes.

A razón de ello se pretende identificar los niveles de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en busca de información especializada sobre salud sexual y reproductiva, a fin de

rediseñar las estrategias en la perspectiva de asegurar una mayor concurrencia de los adolescentes al centro de salud los Licenciados. Es a partir de esta que surgen diferentes objetivos específicos como son:

Verificar si los profesionales del centro de salud que brindan información sobre salud sexual y reproductiva lo hacen respetando la cultura de los adolescentes, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Los profesionales que brindan información sobre salud sexual y reproductiva respetan la cultura de los adolescentes? De esta manera podremos conocer si los profesionales del centro de salud brindan información sobre salud sexual y reproductiva abordando el componente cultural de los adolescentes.

Conocer si los adolescentes acuden al centro de salud de su jurisdicción a recibir información sobre salud sexual y reproductiva, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Los adolescentes acuden al centro de salud de su comunidad a recibir información sobre salud sexual y reproductiva? De esta manera podremos conocer si los adolescentes acuden al centro de salud en busca de información sobre salud sexual y reproductiva.

Conocer la opinión de los adolescentes sobre la forma como el personal de salud se relaciona con ellos, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Qué opinan los adolescentes de la forma en que se relaciona el profesional de la salud con ellos? De esta manera podremos conocer si los adolescentes acuden al centro de salud los licenciados y si se encuentran satisfechos con la forma en que se relaciona el profesional de la salud al momento de brindar información sobre salud sexual y reproductiva.

Conocer la percepción del adolescente con respecto a la información sobre salud sexual y reproductiva que se brinda en el centro de salud Los Licenciados, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Cuál es la percepción del adolescente con respecto a la información sobre salud sexual y reproductiva que se brinda en el centro de salud los licenciados? De esta manera podremos conocer si los adolescentes se encuentran satisfechos con la prestación de servicios del centro de salud concerniente a la información sobre salud sexual y reproductiva.

Conocer si los servicios que brinda el centro de salud están adecuados al adolescente, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Los servicios que brinda el centro de salud están adecuados al adolescente? De esta manera podremos conocer si los servicios del centro de salud se encuentran adecuados al adolescente.

Conocer las limitaciones en la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Cuáles son las limitaciones en la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes? De esta manera podremos conocer las limitaciones en la implementación del servicio dirigido a los adolescentes.

Conocer las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes, de este objetivo específico se desprende como pregunta ¿Cuáles son las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes? De esta manera podremos conocer las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que no permiten la implementación del servicio dirigido a los adolescentes.

A razón de esta situación es que se pretende estudiar:

El Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021, la cual manifiesta que la adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales pueden cambiar el perfil epidemiológico del Perú, así como la forma de construir el futuro. Invertir en la salud de las y los adolescentes no consiste solo en detectar daños y curar las enfermedades de esta población, implica el desarrollo de capacidades y la promoción del capital humano y social que se ha venido cuidando y protegiendo desde la infancia. El objetivo es generar y restablecer capacidades físicas, psíquicas y sociales, involucrando para ello a toda la comunidad peruana en la protección y promoción de la salud adolescente, así como a las y los mismos adolescentes como protagonistas del cambio.

Dependiendo del entorno legal, social y familiar donde se desenvuelva cada persona, se desarrollarán o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no planeado. En este periodo se manifiesta un especial interés por el sexo, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y se instalan percepciones sobre la salud sexual y reproductiva. Las decisiones y comportamientos que adopten las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad, serán diferentes según la situación socioeconómica, las oportunidades educativas y laborales, la oferta de anticoncepción, las habilidades sociales desarrolladas, las normas legales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.

Flores (2005) “propone partir de dos dimensiones de análisis de los factores determinantes del embarazo en adolescentes:

- *Determinantes socioeconómicos*
- *Determinantes contextuales” (Flores:2005:6)*
- *Factores próximos: “Inicio de las relaciones sexuales, la edad de la adolescente ante el primer embarazo, el uso de métodos de anticoncepción por los y las adolescentes sexualmente activos, el espacio intergenésico en las adolescentes que ya son madres” (MINSa Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:7-8).*

“El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública debido al incremento del riesgo en la salud de las adolescentes madres y del recién nacido, la reproducción de familias tempranas, la prevalencia de bajos niveles educativos de las mujeres, la reproducción de la pobreza, así como el impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general” (MINSa Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:8-9). Es así que el Gobierno Regional de Ayacucho, mediante Ordenanza Regional N°029-2011-GRA/CR, reconoce el embarazo en Adolescentes como un problema de salud pública, para lo cual ordena la implementación de políticas de prevención de embarazo en adolescentes.

“Desde el punto de vista económico, la incorporación temprana o la limitada incorporación a la actividad productiva afecta a las y los adolescentes en términos de menores ingresos y menor desarrollo y bienestar integral para ellos y sus familias, lo cual va en desmedro del ahorro e inversión necesarios para el crecimiento económico sostenido del país”. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:8-9).

“Las adolescentes que enfrentan un embarazo no planeado afrontan un número importante de retos en la dimensión individual, familiar y social como son: el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares (que limita sus planes de vida y el acceso a oportunidades de desarrollo), el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebe, la limitada capacidad de la madre adolescente para cuidar y criar al niño/a. El inicio a temprana edad de las relaciones sexuales sin protección a su vez coloca a los y las adolescentes en riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:4).

“Dos son las principales características del embarazo adolescente en el Perú:

- La fecundidad en adolescentes que no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global. (68 por 1000 mujeres en el grupo de 15 a 19 años).*
- El porcentaje de embarazo adolescente que se mantiene en la misma proporción, con un ligero incremento según ENDES 2012” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:11).*

“A ello se suman otras características que hacen que el embarazo en la adolescencia sea considerado un problema de salud pública en el país.

- Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria (el 30,8% ya es madre y el 4,1 está embarazada del primer hijo).*

- *Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la selva. El 22,6 % de mujeres adolescentes que reside en la selva ya son madres y el 4,9% está embarazada del primer hijo. Son cinco los departamentos que tienen la mayor prevalencia de embarazos en adolescentes en Perú, todos son de la región de la selva” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:11).*
- *“Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior, el 21,3% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 4,8% está embarazada de su primer hijo” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:11)*
- *Afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural. El 23,2% de adolescentes que viven en zonas rurales ya es madre y el 2,9% quedo embarazada por primera vez. “Sin embargo, zonas metropolitanas del país como Lima, Callao, Piura y Trujillo presentan cifras altas en los últimos años”. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:9).*

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta general: ¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el centro de Salud Los Licenciados del distrito de Ayacucho, periodo 2018?

Las preguntas específicas son: (04 preguntas)

- ¿Los profesionales que brindan información sobre salud sexual y reproductiva respetan la cultura de los adolescentes?
- ¿Los adolescentes acuden al centro de salud de su jurisdicción a recibir información sobre salud sexual y reproductiva y como perciben la relación que se entabla con el profesional de la salud?

- ¿Los servicios que brinda el centro de salud están adecuados al adolescente?
- ¿Cuáles son las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La educación en salud sexual y reproductiva es un factor muy importante ya que permite prevenir, controlar y mitigar embarazos no deseados así como también enfermedades de transmisión sexual, pues el impacto que tiene sobre la vida de la persona es significativo, adquirir del servicio es de suma importancia ya que es considerado como un derecho, la importancia que tiene para con la comunidad es la de lograr sensibilizar a toda una población acerca del significado de asumir paternidad responsable, prevenir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual. En tal sentido la salud sexual es un factor preponderante para lograr una adecuada calidad de vida para todos los peruanos.

El problema a estudiar tiene como justificación la inoperancia del Plan Multisectorial para prevenir el embarazo en adolescentes 2012-2021 así como las inadecuadas estrategias de educación en salud sexual sobre el Distrito de Ayacucho ya que hasta el momento no se logra sensibilizar a los jóvenes a fin de que acudan al Centro de salud para que sean orientados e informados sobre temas concernientes a la salud sexual.

Los beneficios que traerá realizar la investigación permitirá identificar los factores que ayudarían a reducir los embarazos en adolescentes, así como el conocer ¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados del distrito de Ayacucho?

Los beneficiarios directos de la investigación serán los adolescentes del distrito de Ayacucho, los resultados obtenidos por la presente investigación contribuirán a mejorar la atención dentro de centro de salud Los Licenciados referida a tratar temas de salud sexual y reproductiva.

Los resultados obtenidos por la presente investigación están orientados a mejorar la implementación de las políticas en materia de salud ya que muchas de ellas son copia de una realidad muy diferente a la nuestra y que no se ajustan al contexto donde se implementa, en tal sentido es importante la intervención de la Gerencia Social en la implementación y ejecución de manera integral de una determinada política en materia de salud ya que es preciso tener en consideración factores económicos, políticos, sociales, culturales, ambientales.

1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL: Identificar los niveles de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en busca de información especializada sobre salud sexual y reproductiva en el centro de salud Los Licenciados del Distrito de Ayacucho, periodo 2018 a fin de rediseñar las estrategias en la perspectiva de asegurar una mayor concurrencia de los adolescentes al centro de salud los Licenciados.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (04 objetivos)

- Verificar si los profesionales que brindan información sobre salud sexual y reproductiva lo hacen respetando la cultura de los adolescentes.
- Conocer si los adolescentes acuden al centro de salud de su jurisdicción a recibir información sobre salud sexual y reproductiva y como perciben la relación que se entabla con el profesional de la salud.
- Conocer si los servicios que brinda el centro de salud están adecuados al adolescente.

- Conocer las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes.



CUERPO DE LA TESIS

CAPÍTULO II

2.1 Antecedentes de Estudio:

La adolescencia es un periodo crítico en la vida de las personas, donde se presenta la búsqueda de identidad personal, mostrando muchas veces comportamiento y actitudes de riesgo que los/las adolescentes se exponen a muchos peligros que puedan afectar su salud mental, emocional, y su salud reproductiva trayendo consigo consecuencias que puedan marcar su vida.

A nivel mundial, las y los adolescentes representan: “el 20% de la población total, encontrándose el 85% en países en vías de desarrollo como el nuestro”².

Los países desarrollados han formulado una serie de estrategias y llevado a cabo una serie de políticas a fin de disminuir la alta tasa de embarazo en la población joven, los mismos que adoptan un enfoque diferente de la sexualidad y facilitan el acceso a la planificación familiar³.

Según el estudio de investigación de la Red Nacional de Educación Salud Sexual y educación para jóvenes: “Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, asimismo una mayor incidencia de morbimortalidad en sus neonatos llegando la mortalidad hasta más del 50%⁴.

Según el MINSA, Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se ubican en las zonas rurales y entre las que tiene menor nivel de educación. En un análisis de la ENDES, Raguz, (2002), evidenció que un 64% de las

² MINSA-MINISTERIO DE SALUD, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima – Perú, pp. 1-25. Consulta: 25 de marzo de 2012.

³ RED NACIONAL DE EDUCACIÓN SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA JÓVENES, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima 2010.

⁴ RED NACIONAL DE EDUCACIÓN SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA JÓVENES, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima 2010.

adolescentes gestantes no deseaba esa gestación. Asimismo, la ENDES 2017 evidenció que el embarazo en adolescentes del área rural fue de 23,2% mientras que en el área urbana fue de 10,7%. El embarazo no deseado caracteriza a la mayoría de adolescentes gestantes, sin diferencia educativas, ni urbano-rurales (Ragúz 2002). (MINSA Plan de Implementación de eje temático de salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas 2012: 1-25).

2.2 ¿QUÉ ES CULTURA?

La cultura es un concepto que ha dado lugar a cientos de diferentes definiciones. Ha sido discutido desde la biología, la antropología, la sociología y la filosofía.

El biólogo Mark Pagel sostiene que la cultura fue la que nos convirtió en seres humanos, dice Pagel. Somos seres humanos porque tenemos cultura⁵.

Los humanos somos nuevos en el mundo. El mundo existe hace cuatro millones de años. Hace dos millones existe la vida. Durante el transcurso de este proceso se formaron coaliciones de genes para solucionar la relación con el medio ambiente, coaliciones que dieron lugar a distintas especies vegetales y animales. Cuando fueron formadas, estas especies vegetales y animales quedaron confinadas en sus genes.

No sucedió eso con los humanos. Rompieron las fronteras para comunicarse entre ellos. Para aprender y acumular experiencias en el aprendizaje. Esto es la cultura, la ruptura del confinamiento genético para aprender y acumular experiencias. Los seres humanos son los únicos que acumulan experiencias.

Una hipótesis muy aceptada sostiene que nuestras especies emergieron del homo sapiens hace 200 000 años. Fueron ocupando el planeta desde el África central. Hablaron muy diferentes lenguajes. ¿Por qué existen diferentes lenguajes? Nunca se ha podido explicar por qué existen lenguajes distintos si los humanos somos básicamente similares.

Los humanos modernos (es decir, nosotros u homo sapiens) y los neandertales divergieron hace cientos de miles de años del antepasado común (no

⁵ PAGEL Mark. *Wired for culture*. Londres, Reino Unido: Pinguin Bookd, 2012. Mark Pagel es jefe del Laboratorio de Evolucion en la Division de Zoologia, Escuela de Ciencias Biológicas y es miembro de la Royal Society en el Reino Unido. Es redactor jefe de la Enciclopedia sobre la evolución de Oxford.

descendemos directamente de los neandertales), pero deben de compartir muchos genes. Conocer las diferencias genéticas entre ellos y nosotros nos ayudara a saber más sobre estos seres y hasta qué punto eran parecidos a nosotros.

Los humanos somos la única especie que adquiere las reglas de su vida diaria del conocimiento acumulado de sus antecesores.

Es lo asociativo, no lo individualista, lo que permite la subsistencia de los humanos, lo que hace, como sostenía Emile Durkheim⁶, que el trabajo social se divida en funciones cada vez más complejas haciendo progresar la sociedad.

La cultura es más o menos todo lo que nosotros hacemos y los monos no hacen. Es un atributo exclusivo del ser humano; algo que este interpone entre él y su medio ambiente con el fin de garantizar su seguridad y supervivencia⁷.

Las teorías evolucionistas de la cultura intentaban la formulación de leyes universalmente válidas para dar razón del desarrollo humano como un todo homogéneo que sigue una misma dinámica a través de la historia. Franz Boas (1858-1942) y su escuela pusieron en cuestión esta pretensión de unificar el desarrollo humano en una sola ruta histórica y promovieron el estudio diferenciado de unidades sociales y culturales distintas con la intención de formular una teoría que fuera válida para todos los grupos humanos.

Bronislaw Malinowski (1872-1942) propuso ver en la cultura el contexto más amplio del comportamiento humano, el conjunto integral de los instrumentos y de los bienes de consumo, de las manifestaciones institucionales de los diversos grupos sociales, de las ideas y de las artes, de las creencias y de las costumbres⁸. Vio la cultura como una totalidad compleja por otra parte Edward Burnett Tylor (1832-1917), considerado el fundador de la antropología, definió la cultura como aquella totalidad compleja que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualquier tipo de hábitos y capacidades adquiridos por el ser humano como miembro de la sociedad⁹.

⁶ DURKHEIM, Émile. La división del trabajo social. Buenos Aires: Ediciones Lea, 2013.

⁷ CARNEIRO, Robert, EICS 1974. En: White Leslie. Evolution and Revolution in anthropology. University of Nebraska, 2004 Pags. 229-230.

⁸ MALINOWSKI, B. Una teoría científica de la cultura y otros ensayos. Buenos Aires: Edhasa 1970.

⁹ TYLOR, Edward. Burnett. Antropología: introducción al estudio del hombre y de la civilización. Barcelona: Alta Fula, 1987. Tylor fue uno de los fundadores de la antropología cultural.

Una cultura no es la mera suma de elementos dispersos, sino que es un organismo vivo y completo. Los miembros que integran una cultura determinada se encuentran interrelacionados y cualquier cambio que sufra uno de ellos altera el funcionamiento de la totalidad. La afirmación precedente no excluye el hecho de que las culturas acojan elementos extraños o nuevos¹⁰.

MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD

La multiculturalidad es un concepto de la sociología o de la antropología cultural. Significa que se constata y acepta la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo, estas culturas cohabitan, pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. Se mantienen en guetos y viven vidas paralelas.

El pluralismo cultural o multiculturalismo es aquella ideología o modelo de organización social que afirma la posibilidad de convivir armoniosamente en sociedad entre aquellos grupos o comunidades étnicas que sean cultural, religiosa o lingüísticamente diferente. Valora positivamente la diversidad sociocultural y tiene como punto de partida que ningún grupo tiene por que perder su cultura o identidad. En este modelo, la diversidad existente no desaparece, sino que se mantiene, se recrea; no desaparece ni por adquisición de la cultura dominante y abandono de la original ni por el surgimiento de una cultura integradora con los aportes de los preexistentes. La diversidad cultural se considera algo bueno y deseable, se fomenta la práctica de tradiciones etnoculturales, se buscan vías para que la gente se entienda e interactúe respetando las diferencias (Jiménez y Malgesini 1997:15).

El multiculturalismo es uno de los principales focos de atención del filósofo alemán Jürgen Habermas, para Habermas, Charles Taylor y su texto Política del reconocimiento apelan a una política de la diferencia basada en la identidad personal, tanto individual como de una colectividad minoritaria¹¹.

La interculturalidad no es multiculturalidad. La multiculturalidad obedece a una concepción estática y separatista en la que las culturas coexisten. Por el contrario, la interculturalidad es dinámica, promueve el dialogo, el acercamiento y el enriquecimiento mutuo entre culturas.

¹⁰ LINTON Raip. El estudio del hombre. México: Fondo de Cultura Económica, 2012.

¹¹ HABERMAS, Jürgen. La inclusión del otro, estudios de teoría política. Barcelona: Paidós, 1999.

La sociedad está construida para personas “normales”, aquellas que responden a las normas marcadas de manera estándar. Responde al paradigma de la homogeneidad y la normalidad, vistas como lo admisible y permitido. Por el contrario, una política que une los conceptos de cultura y desarrollo plantea el paradigma de la diferencia y cuestiona el tipo convencional de “normalidad”.

La visibilización de las minorías y el respeto por los derechos que deben tener son elementos indispensables en la relación entre cultura y desarrollo entendida en términos contemporáneos, es decir, democráticos y sostenibles. Esta visibilización forma parte del proceso de identidad social y nacional. Toda sociedad debe estar en capacidad de reconocerse a sí misma. Y ese no es un reconocimiento de lo homogéneo sino de lo múltiple, lo diverso.

2.3 ENFOQUE DE DESARROLLO

En el año 2008 se realizó la identificación, registro de información y análisis de dos experiencias desarrolladas por el Ministerio de Salud (MINSA) y la cooperación técnica alemana GTZ: “sistema de educación de pares en Pucallpa” y “centros de desarrollo juvenil (CDJ): Modelo de atención integral de salud para adolescentes – El CDJ amigo de los adolescentes (CDJ Faucett)”.

Aplicando los enfoques y metodologías propuestos por Family Care International para el plan andino, entre mayo y noviembre de 2009, se identificaron y sistematizaron dos nuevas experiencias desarrolladas por instituciones de la sociedad civil peruana: “mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva para los adolescentes de 10 a 19 años en lima-Perú” de Médicos del Mundo Francia y “Ser jóvenes. Ayudando a mejorar la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes de sectores rurales y periurbanos del Perú” del movimiento Manuela Ramos tiene como eje de intervención a los propios adolescentes, buscando empoderarlos para que asuman un rol de actoría social, convirtiéndose no solo en promotores educadores de pares, sino sobre todo en líderes y activistas en el escenario público, defensores de su derecho a vivir una sexualidad placentera y saludable.

El proyecto plantea un proceso progresivo de capacitación de adolescentes y jóvenes para fortalecerlos como líderes y facilitar su inserción en espacios de

decisión locales y regionales, con el propósito de que gestionen proyectos favorables a la agenda joven. Algunos elementos innovadores de la experiencia son: trabajo sobre el tema de salud sexual y reproductiva en contextos culturales diversos (comunidades quechuas y shipibas); apuesta por relaciones equitativas entre hombres y mujeres; protagonismo adolescente en el diseño y gestión de iniciativas de incidencia pública, especialmente la producción de programas de radio viabilizar su agenda generacional.

Los proyectos “centros de desarrollo juvenil (CDJ) modelo de atención integral de salud para adolescentes – El CDJ amigo de los adolescentes (CDJ faucet)” fueron ejecutados desde el interior del ministerio de salud (en alianza con el sector educación) y contaron con el apoyo técnico y financiero de la Cooperación Técnica Alemana GTZ, a través de esta experiencia se propuso transformar el escenario del establecimiento de salud, la organización de su servicio y los equipos profesionales, con el fin de orientarlos hacia una respuesta a las necesidades y expectativas de las y los adolescentes de la comunidad, los enfoques y prácticas de atención de los profesionales de salud así como la lógica y organización operativa de los servicios en los establecimientos de salud, con el propósito de hacerlos sensibles y provocar una apertura a la participación de la población adolescente. La idea era cambiar la tradicional mirada de las y los adolescentes como beneficiarios de la prevención y atención en salud para facilitar una relación con ellos y ellas como sujetos de derechos. Las propuestas metodológicas, modelos validados y materiales desarrollados por el MINSA y GTZ continúan teniendo una influencia significativa en iniciativas sobre adolescencia y salud sexual y reproductiva.

2.4 ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

“El esfuerzo orientado a articular una nueva ética con políticas públicas a nivel social y judicial y privadas, es lo que se ha denominado como el enfoque de derechos humanos. Esta procura construir un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social. (.....) buscando construir

mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones, y consecuentemente la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano.” (Guendel 1999:10).

Este enfoque está íntimamente relacionado con la búsqueda de reformas en la política social en el último decenio del siglo XX, orientadas a la superación del modelo burocrático de la política social. El Enfoque de Derechos, a diferencia de los otros (el de la selectividad estática y el de la gobernabilidad) reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos y participen de manera activa en su desarrollo social y controlen las acciones públicas en esa materia. (Guendel y Otros 1997:10)

En medio de la complejidad e incertidumbre que caracteriza el mundo actual, la búsqueda de mecanismos que permitan alcanzar e bienestar social es un tema que incentiva el debate y la reflexión de políticos, académicos, técnicos, y activistas. Si bien la desigualdad y la exclusión se encuentran presentes como una realidad tangible en nuestras sociedades, al menos existe cierto grado de acuerdo en torno a que únicamente pueden ser superadas mediante políticas públicas integrales e inclusivas que transfieran poder a las comunidades y fomenten la participación ciudadana, entendida como la toma de decisiones. (Rodríguez y Lerner 2007:115-126).

“Los paradigmas clásicos no lograron la consolidación de una política pública garante del reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos en su conjunto, incluso dentro de sistemas democráticos. Los retos actuales para los Estados que se definen como “Sociales de derecho” pasan por la especificación, expansión y profundización de los derechos humanos con miras a garantizar su ejercicio por todos los sectores de la población”.(Guendel 2000:169-218)

“Es decir, alcanzar el respeto a la dignidad humana mediante la consolidación de un Estado democrático de derecho con verdadero contenido social que defienda el orden constitucional y garantice la justicia y equidad social” (UNFPA 2006:20).

En este contexto, la propuesta a nuestro juicio más coherente y pertinente es aquella que se basa en un conjunto de principios y reglas internacionales que sugieren mantener como orientación de la acción pública el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos, siendo además una vía transparente para otorgarle poder a los sectores pobres y excluidos. Es decir, una estrategia que contemple la igualdad social (o cultural), la discriminación positiva, la participación y el empoderamiento como orientaciones de las políticas públicas (Abramovich 2006:35-50)

LAS POLITICAS PUBLICAS BAJO EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Ludwig Guendel describe tres tipos de políticas públicas, a saber:

1) Las Políticas de Atención y de Promoción de los Derechos Humanos.- Tales políticas están referidas a la atención y promoción que garantice el ejercicio de los derechos sociales y económicos (vinculados especialmente a: salud, nutrición, educación, vivienda, libertad de reunión y de asociación, asistencia social, condiciones laborales y salariales, entre otros); y han de orientarse a intervenir en lo cultural (valores y costumbres), en lo material (la asignación de recursos para la satisfacción de necesidades sociales) y en lo político (en las estructuras de poder). Para su ejecución y logro, es preciso contar con:

- *“Los instrumentos legales que garanticen no solo la reorganización institucional necesaria, sino que también otorguen poder a la ciudadanía para la exigibilidad y vigilancia del cumplimiento de los derechos.*
- *Una política de comunicación para la sensibilización y educación de la ciudadanía en derechos que forje opinión y movilice a favor de estos derechos*
- *Una planificación social basada en conceptos claros y estratégicos, que integre la definición de políticas a nivel macro y meso, asigne recursos y establezca los mecanismos de control necesarios.*
- *La creación de sistemas locales de atención y promoción de derechos con capacidad de definir y ejecutar políticas locales, integrando a los distintos actores comunales e institucionales.*

- *Un análisis de la situación del cumplimiento de los derechos que permita no solo identificar el proceso de cumplimiento y desempeño institucional, sino también establecer las políticas y medidas necesarias para superar los incumplimientos y los logros” (Umaña 2003:6).*

2) *“Las Políticas de Protección de los Derechos Humanos. - Entre las principales características de estas políticas, se cita que deben ser integrales e integradas, buscar y tener como objetivo la articulación de lo gubernamental y lo no gubernamental, deben ser políticas contraloras del cumplimiento de los derechos, preventivas y pedagógicas” (Guendel 1999:169-218).*

“Deben tener un carácter local y nacional a la vez; así como la protección y el reconocimiento de derechos es de observancia universal y debe basarse en políticas universales, tomando en consideración también que es en lo local donde se expresan y ejercen los derechos concretamente. Los instrumentos necesarios para su ejecución están orientados a crear mecanismos que aseguren calidad, sostenibilidad, participación y representatividad en las políticas de atención a los derechos, así como a establecer las herramientas legales que garanticen la protección de los derechos y el cumplimiento de los procedimientos establecidos en casos de personas en conflicto con la ley o en situación de riesgo” (Umaña 2003:7).

3) *Las Políticas de Vigilancia y de Exigibilidad de los Derechos Humanos. - Se establecen dos perspectivas de la vigilancia y la exigibilidad: la activa, que se expresa en la participación y movilización social visible y, la pasiva que se manifiesta en una corriente de opinión que permea las estructuras de poder, de representación y participación política. Han de garantizar una institucionalidad que asegure la participación ciudadana en los niveles local y nacional, con legitimidad y autonomía. Dicha institucionalidad ha de llevar a una mayor integración social y funcional (mejores niveles de coordinación y distribución de recursos y responsabilidades, entre otros) de los distintos actores de la sociedad civil y del estado. La vigilancia y exigibilidad de los*

derechos conlleva realizar acciones que permitan “identificar, promover, denunciar y estimular acciones descentralizadas y sostenibles en torno al cumplimiento de los derechos...”¹²; las auditorías de derechos realizadas con metodología participativas, son un importante medio de control. (Guendel 1999:169-218)

2.5 Organización y financiamiento del sector público de salud

El sistema de salud peruano se encuentra fragmentado en un sector público, otro privado y distintos subsistemas dentro del sector público, que funcionan de forma independiente y descoordinada. El sistema público está formado por los servicios que se financian y prestan a través del Ministerio de Salud (MINSa), EsSalud (Seguro Social) y las unidades de asistencia médica de las Fuerzas Armadas de la Policía Nacional. Algunos municipios disponen también de sus propios centros para prestar atención primaria, pero estos son una minoría. Cada una de estas entidades públicas cubre a distintos segmentos de la población, y las interacciones entre ellas son escasas. El Seguro Integral de Salud (SIS) es una agencia dependiente del MINSa y un intermediario de financiamiento clave para los pobres.

El MINSa proporciona atención primaria y hospitalaria. Es el principal proveedor de servicios de atención primaria, y se hace responsable de más de 80 por ciento de los centros y puestos de salud del sector público. También presta servicios hospitalarios en sus propios establecimientos, los pobres y las personas que viven en las zonas rurales dependen primordialmente del MINSa para acceder a la asistencia médica.

Aunque la cantidad de servicios que presta el MINSa es mayor que la que brinda EsSalud, esta última institución gasta casi 3,5 veces que la primera, lo que da cuenta de la diferencia en el nivel de financiamiento per cápita de la asistencia médica a distintos segmentos de la población; las mismas diferencias limitan o hacen más difíciles las iniciativas para integrar los subsistemas. (MINSa 2000:15-20)

¹² Guendel, Ludwig. 1999. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. UNICEF-Costa Rica, San José.

“Además, los sistemas de salud de los países de la región tienen importantes debilidades. Se trata de sistemas de salud sub financiados, segmentados y fragmentados, que presentan importantes barreras para el acceso. Las debilidades en el ejercicio de la función de rectoría de las autoridades de salud son acompañadas por un bajo gasto público, que se mantiene lejos de la meta del 6,0% del PIB recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y solo alcanza un promedio del 3.7% del PIB. En promedio, los hogares de la región cubren más de un tercio del financiamiento de la atención de salud con pagos directos de bolsillo (34%), al mismo tiempo que cerca de 95 millones de personas realizan gastos catastróficos en salud y casi 12 millones se empobrecen debido a estos gastos. La disponibilidad promedio de médicos y de camas hospitalarias bordea la mitad de la que tienen grupos de países más desarrollados, como los de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)”(CEPAL-OPS 2020:4)¹³

El Perú invierte cerca del 3% de su Producto Bruto Interno (PBI) en la salud, cifra menor si se toma en cuenta que varios países de América Latina dedican hasta el 6% y otros, como Cuba y Estados Unidos, entre el 8% y 10%, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En el caso de las naciones miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), el gasto en este rubro llegó el 2018 al 8.8% en promedio y se espera que en el 2030 supere el 10%¹⁴.

Seguro de salud de adolescentes y jóvenes

Con el objetivo de lograr la cobertura universal de seguro de salud, en 2001, el Ministerio de Salud crea el Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, siendo su población objetivo la población en situación de pobreza y algunos grupos vulnerables. EsSalud brinda atención a los trabajadores formales y sus familiares, además, existe un seguro de salud para los miembros de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, así

¹³ CEPAL-OPS, Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe, Pág.04, Naciones Unidas 2020.

¹⁴ EL PERUANO 2020 “Presupuesto Histórico”, El Peruano. Lima, 06 de octubre 2020, <https://elperuano.pe/noticia-presupuesto-historico-100391.aspx>.

como un conjunto de aseguradoras privadas, que brindan cobertura a la población de mayores ingresos.

Entre 2011 y el 2016 se observa un incremento sostenido del porcentaje de la población con algún tipo de seguro de salud, de 64.5% a 75.4%, para la población total del país. Siendo mayor la cobertura entre los adolescentes y menor entre los jóvenes de 18 a 29 años de edad. La cobertura entre los adolescentes y jóvenes es mayor en el área rural que en la urbana, debido a las altas coberturas del SIS en esa área. La mayor parte de afiliados a EsSalud se encuentran en las áreas urbanas. De acuerdo a datos del Seguro Integral de Salud¹⁵, a noviembre de 2016 tenía registrado 2,114,957 de adolescentes de 12 a 17 años de edad, y 3,485,820 jóvenes de entre 18 y 29 años de edad. A junio de 2016, en Essalud¹⁶ estaban registrados 942,949 adolescentes y 1,794,944 jóvenes. (ESSALUD 2015:5)

“A pesar de los avances en materia de salud pública experimentados en el Perú, aún existen vacíos de cobertura de atenciones de salud, y quienes más sufren tal carencia son los más pobres. Por ejemplo, en el año 2003 se enfermaron cerca de 13 millones de personas; de estas, 5,6 millones no quisieron atenderse en un establecimiento, aunque el 37,7 por ciento de este último grupo no pudo recibir atención por barreras de diferente índole, siendo la principal la falta de dinero. No se descarta que el primero grupo que no quiso ir a un establecimiento prefirió curarse recurriendo a la automedicación en la farmacia, con remedios caseros o curanderos”¹⁷(Lenz y Alvarado: 2007:198).

“La magnitud de las desigualdades geográficas y por nivel de ingresos en el acceso a hospitales es notable. 40 por ciento de los peruanos más pobres (quintiles 1 y 2) ocuparon solo 25 por ciento de los días de hospitalización, mientras que el 40 por ciento más rico (quintiles 4 y 5) ocupó 47 por ciento de esos días”¹⁸(Lenz y Alvarado: 2007:11-65).

“La inequidad también se manifiesta en el acceso a la atención de pacientes de las regiones fuera de Lima en hospitales e institutos

¹⁵ Seguro Integral de Salud. <http://salasituacional.sis.gob.pe/Dashboard.aspx>, consultado el 7 de diciembre de 2016.

¹⁶ ESSALUD Estadísticas Institucionales, Junio 2016. Disponible en <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>, consultado el 7 de diciembre de 2016.

¹⁷ LENZ Rony y ALVARADO Betty (2007). Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú. pp.11-65.

¹⁸ LENZ Rony y ALVARADO Betty (2007). Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú. pp.11-65.

especializados y de gran complejidad ubicados en esta ciudad”. (Lenz y Alvarado: 2007:11-65)

VIH/ Sida y otras infecciones de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes

“De acuerdo a las estadísticas del MINSA, entre 1983 y el 2016, se ha notificado un total de 65,657 casos de infección por VIH, y 34,438 casos de SIDA” (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual 2021), “el 2.6% fueron diagnosticados cuando los pacientes tenían entre los 10 y 19 años de edad, y el 29.3% cuando tenían entre 20 y 29 años de edad. Dado el largo período de incubación de esta enfermedad, un porcentaje importante de ellos deben haberse infectado antes de los 20 años de edad. De ahí la necesidad de mejorar los programas de educación sexual para adolescentes, así como poner a su disposición insumos para su protección. El 26.5% de todos los casos notificados de SIDA en adolescentes y jóvenes eran mujeres, con una relación de 2.8 hombres por mujer” (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades 2016:3). En Perú existen serias dificultades para conocer la situación de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las estadísticas sobre este problema están basadas en los registros de la consulta externa, donde los casos sospechosos de una ITS son tratados de manera sindrómica, no realizándose el diagnóstico específico a una muestra de estos casos. De acuerdo a las estadísticas de la consulta externa de MINSA, en 2015, se realizaron 2, 682, 111 consultas externas, en adolescentes de 12 a 18 años de edad, de ellas 24,215 correspondieron a una ITS (0.9% del total). Siendo muy llamativa la diferencia entre hombres y mujeres (1,242 y 22,973, respectivamente), asimismo, que el 90.2% de todos los diagnósticos correspondieran a “Infección de transmisión sexual no especificada”. En parte esto podría ser explicado por el manejo sindrómico de los casos sospechosos de ITS, y por el hecho que las mujeres, por causas ginecológicas, incluyendo el embarazo, acuden en mayor cantidad que los hombres, que deben recibir atención y tratamiento en los consultorios médicos particulares.

Entre las ITS con diagnóstico definido (A51 a A60 de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10), la sífilis (precoz, tardía y las no especificadas) da cuenta del 39.6% de todos los casos, la tricomoniasis del 22.5%, la infección gonococia del 16.8% y la infección anogenital debido a virus del herpes del 10.4%. Entre estas cuatro infecciones suman el 89.3% de los casos de ITS con diagnóstico definido.

Una situación similar sucede con las estadísticas de jóvenes de 19 a 29 años de edad. En este caso las cuatro ITS señaladas en el párrafo anterior dan cuenta del 93.3% de todas las ITS con diagnóstico definido (sífilis: 44.6%, tricomoniasis: 28.0%, infección gonocócica: 10.8% e infección anogenital debido a virus del herpes: 9.8%). La situación de las estadísticas de las ITS hace necesario mejorar los servicios de diagnóstico y tratamiento que permitan la evaluación del impacto de las intervenciones realizadas por el sistema de salud para prevenir y controlar estas infecciones¹⁹. (MINSA 2017:5-10)

Mortalidad materna en adolescentes y jóvenes

“En 2011, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) era de 93 por cada 100,000 nacidos vivos, y en 2015 se estimó en 68. Dado que el INEI, estima en 572 mil nacimientos como promedio anual para el quinquenio 2019-2020²⁰, el 6.6% de esas muertes ocurrieron en adolescentes y el 44.6% en jóvenes de 18 a 29 años de edad, es decir un promedio anual de 26 muertes en adolescentes y 173 en jóvenes de 18 a 29 años de edad, es decir un promedio anual de muertes ocurrieron en adolescentes y 173 en jóvenes. Para el 2015, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades tiene registrado 21 muertes maternas en adolescentes y 194 en jóvenes. De estas 215 muertes maternas, 129 (60.0%) correspondieron a causas directas y 86 (40.0%) a causas indirectas” (MINSA Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011).

“Entre las principales causas de mortalidad están: (i) hemorragia obstétrica (42,6%); (ii) trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (22,7%); complicaciones no obstétricas (14.0%) y (iv)

¹⁹ MINSA. Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017/-1ª ed.- Lima 2017.

²⁰ MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. Lima 2013.

embarazo que termina en aborto (9,8%), estas cuatro causas dan cuenta del 89.1% de todas las muertes maternas, todas ellas prevenibles a través de un adecuado control prenatal y el acceso a servicios de atención médica de calidad, en el momento oportuno” (MINSA Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011).

El Seguro Integral de Salud (SIS) considerar a los adolescentes

La OMS define la adolescencia como el “periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los factores psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

El objetivo del SIS es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud; tienen prioridad en los grupos de población vulnerable que viven en pobreza y pobreza extrema, y se pretende mejorar su acceso a los servicios de salud. El SIS se creó en 2001 y reembolsa a los proveedores públicos del MINSA los costos variables de los planes ofrecidos. El SIS cubre a 33 por ciento de la población (aproximadamente 9 millones de personas en 2004).

El SIS ofrece cinco planes (uno en la fase de implementación): plan A para niños de 0 y 4 años; plan B para niños y adolescentes de entre 5 y 17 años; plan C para mujeres embarazadas y en el puerperio; plan D para adultos en situación de emergencia; plan E enfocado en grupo de adultos definido por ley; y un plan contributivo. El plan e tiene una política de puertas abiertas y atiende a grupos definidos (por ejemplo, miembros de las organizaciones del Vaso de leche, de comedores populares, de clubes de madres, de Wawa Wasis.

El SIS es un organismo público descentralizado del MINSA que obtiene su presupuesto de la organización principal, que cuenta con límites presupuestarios como cualquier otra entidad gubernamental. En contraste con su ambicioso objetivo de cobertura, el presupuesto del SIS representa solo el 11 por ciento del presupuesto del MINSA.

El SIS ha logrado avances en cobertura y focalización de la atención materno-infantil.

En 2004, casi 70 por ciento de sus recursos se dirigieron al plan A (entre 0 y 4 años) y el plan C (mujeres embarazadas y en el puerperio), mientras que 23 por ciento se concentró en el plan B (entre 5 y 17 años), y solo 2,6 por ciento se asignó al resto de los planes.

Del número total de personas que afirman estar afiliadas al SIS, seis de cada seis pertenecen a los quintiles 1 y 2 ²¹. (MINSA Norma Técnica de Planificación Familiar 2005:5-15)

2.6. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD DEL ADOLESCENTE: VISIÓN INTEGRAL²²

“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 ellos 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” (MINSA Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de Salud del Adolescente en el Primer Nivel de Atención 2006:3).

La adolescencia es una etapa en la que se adoptan hábitos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud. 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

²¹ Ministerio de Salud (2005): Norma Técnica de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima-Perú.

²² MINSA, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, Pág.13, Lima Perú 2005.

reconocidas a nivel nacional e internacional. Estrategias que se desarrollan en el marco de los componentes de los Modelos de atención integral de 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 límites²³. 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 del respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo así a su desarrollo y bienestar. (MINSA Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes 2005:13)

LOS NUEVOS ADOLESCENTES

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 son riesgos. Debemos velar porque las “barreras” (normas, actitudes, etc.) impidan y/o restrinjan este acceso. Los/las adolescentes se encuentran en un medio donde existen gran cantidad de mensajes, prejuicios, estereotipos evidentes, estigmas, paradigmas, 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 tienen información mínima sobre su “sexualidad y reproducción”, sobre sus derechos y responsabilidades personales, que abarcan las aptitudes necesarias para protegerse así mismo de los actos sexuales no deseados, del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

²³ Norma técnica para la atención integral de salud de los/las adolescentes, Pág. 13, Lima, Perú. 2005.

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 aun considerar la importancia que tiene 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 afrontaran los retos que la vida adulta les va a reclamar y que pone en riesgo su salud, en general. La OMS y la OPS²⁴ definen cronológicamente la adolescencia como la etapa de la vida entre los 10 a 19 años. Mientras el CND²⁵ 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)²⁶, 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” (Moral 1998:933)

ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO NACIONAL

“La adolescencia y la juventud son períodos de cambios durante los cuales los y las adolescentes y jóvenes desarrollan sus capacidades para aprender, experimentar, utilizar el pensamiento crítico, expresar su libertad creativa y participar en procesos sociales y políticos” (UNICEF Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe a partir de evidencia cuantitativa reciente 2015:6).

“En términos relativos, la población de 10 a 19 años pasó de representar el 21.4% en el 2000, al 18.6% en el 2015, y será el 17.4% en 2021. Y la población de 20 a 29 años pasó de 18.3% en el 2000 a 17.6% en 2015, y será el 17.0% en el 2021. En términos absolutos, la

²⁴ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. A Picture of Health. Ginebra, 1995.

²⁵ Convención sobre los derechos del Niño. Asamblea general de las Naciones Unidas, Artículo 1,20 de noviembre de 1989.

²⁶ Moral J.M. La juventud como reconstrucción social: análisis desde psicología social de la adolescencia. Revista electrónica iberoamericana de psicología social. AS 933-1998/ en línea/ disponible en / www.psyco.unionvl.es/ consultado el 05 de diciembre de 2016.

población de 10 y 19 años de edad, se reducirá en 23 mil entre el 2015 y el 2021, y la población de 20 a 29 años de edad aumentará en 136 mil en ese mismo período. Por lo cual la necesidad de nuevos empleos se mantendrá vigente en los próximos quinquenios, así como la necesidad de incrementar la infraestructura educativa y sanitaria para adolescentes y jóvenes” (MINSA Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017:6).

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, 2006:20)²⁷. Por su parte, el informe de Desarrollo Humano Perú 2005²⁸, señala que en el 2003, el 11.3% de la población joven de 15 a 29 años estudia y trabaja. El 43.9% solo trabaja, el 24.1% solo 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, solo 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%²⁹(Flora Las Mujeres en el Perú en cifras/ en línea/ adolescentes 2016).

ADOLESCENTES Y SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSR)

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

²⁷ Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES continúa 2004-2005. Informe principal Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Septiembre 2006.

²⁸ Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2005: hagamos de la competitividad una oportunidad para todos. Lima, Perú: PNUD, 2005.p.124.

²⁹ Las mujeres en el Perú en cifras/ en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>.

Gracias al trabajo de miles de mujeres en todo el mundo sobre 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 a cabo en El Cairo (Egipto) en 1994. Reunión en la 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 mujeres³⁰. 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). (Flora 2016:2-6)

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, ya a decidir libremente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia. 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”*

“Cuadro N°01: derechos sexuales y reproductivos

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.

³⁰ Las mujeres en el Perú en cifras/ en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>.

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 de 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 asociación 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” (Declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14° Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong).

LOS DSR DE LOS/LAS ADOLESCENTES EN EL PERÚ

Según la defensoría del pueblo³¹, “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 Salud, “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;

³¹ Defensoría del Pueblo. Resolución Defensorial N° 28-2000/DP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 15 de mayo del 2000. Primer considerando.

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 interfieren 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” (MINSA Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 2004:8).

Los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes tienen las siguientes dimensiones³². 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. (Defensoría del Pueblo. Resolución Defensoría N°28-2000/DP 2000:2)

¿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 o enfoques educativos, particularmente en países pobres y en sociedades inequitativas; más aún 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 desarrollo pleno de cada persona

³² Defensoría del Pueblo. Resolución Defensorial N° 28-2000/DP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 15 de mayo del 2000. Primer considerando.

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”.(UNFPA 2005:2-5)

“Cuadro N°01: efectos de la no inversión en SR y consecuencias en adolescentes y familias”

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 precisiones 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 capacitados, menores ingresos. - Mayor crecimiento poblacional.
Embarazo no deseado	<ul style="list-style-type: none"> - 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.	<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 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Perjuicio a la estabilidad y seguridad nacional. - Menor crecimiento económico y desarrollo social. - Mayor marginación - Poca participación en instituciones. - Jóvenes percibidos como fuente de violencia social.

Fuente: "Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA 2005:5), 2005".

2.7 PROYECTO, PROGRAMA O PLAN QUE SE ESTÁ ANALIZANDO

"El tema de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, es complicado y polémico ya que aborda temas como el inicio de las relaciones sexuales, el uso y el acceso a los anticonceptivos, la muerte materna, entre otros, que son analizados constantemente por especialistas del Ministerio de Salud para encontrar mecanismos que pueda abordar directamente esta problemática" (Raguz 2002:5)

"A nivel mundial las y los adolescentes representan el 20% de la población total y el Perú ocupa el séptimo lugar como país con mayor población alcanzando el 20.72%, superando cuantitativamente a la población infantil" (MINSA Análisis de Situación de Salud de las y los adolescentes 2009:16)

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION PERUANA		
Edad en grupos quinquenales	Población total	%
10 – 14 años	2'948,985	10.76
15 – 19 años	2'730,785	9.96

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI – CENSO 2007

“En este documento se señala, además, que la población con edades comprendidas entre los 20 a 24 años, representa la tercera parte de la población total, razón por la cual el Perú es considerado como un país de adolescentes y jóvenes”. (Raguz 2002:5)

“La edad de la adolescencia es fundamental para la construcción de la identidad individual y colectiva en el ser humano, además de ser el periodo más saludable del ciclo de vida. Pero es también la época donde los jóvenes son influenciados por el entorno familiar y social, desarrollando estilos de vida y conductas determinadas que pueden decidir su futuro”. (Raguz 2002:5)

“Las/los adolescentes están propensos cotidianamente a diversos mensajes de los medios de comunicación, sean éstos buenos o malos. También, están expuestos a lo que viven en sus hogares, a lo que escuchan en las calles, a lo que les dicen las amistades y familiares, a la información que encuentran en Internet, a lo que usan sus artistas favoritos, a lo que está de moda, entre otros, captando lo bueno o lo malo de esta etapa”. (Raguz 2002:5)

Se sabe que los/las adolescentes adquieren, también, mayores conocimientos de su entorno social y familiar, lo que nos lleva a pensar en la necesidad de adecuar mensajes para la información o sensibilización de este grupo poblacional.

En el Perú viven 5'570,198 jóvenes adolescentes según el último censo de población realizado en el 2,006 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), de los cuales la mayoría se encuentran en la Región Lima (1'475,841 hab.), Piura (370,694 hab.), La libertad (333,948 hab.), Cajamarca (322,815 hab.), Puno (283,918 hab.), Cusco (270,657 hab.), Junín (255,714 hab.) y Lambayeque (236,624 hab.), entre otros.

El estudio determinó, además, que esta población representa el 20.4% del total de peruanos y que las regiones con mayor pobreza en el país,

presentan también mayores porcentajes de población de adolescentes, comparados a otros con mayor desarrollo.

Para abordar este tema, en nuestro país existen diversas instituciones públicas como Ministerios, Consejos, Mesas de Lucha, Comités y otros, que tienen a su cargo políticas como la Secretaría Nacional de la Juventud (SNJ), que fue creada mediante la Ley N° 27802 en el 2002, la cual se encarga de formular y proponer políticas de Estado en materia de juventud (población de 15 a 29 años), que contribuyan al desarrollo integral de los jóvenes en temas de empleo, mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social, participación y acceso a espacios en todos los ámbitos del desarrollo humano, así como promover y supervisar programas y proyectos en beneficio de los jóvenes. (Raguz 2002:6-10)

PLAN MULTISECTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES 2012-2021

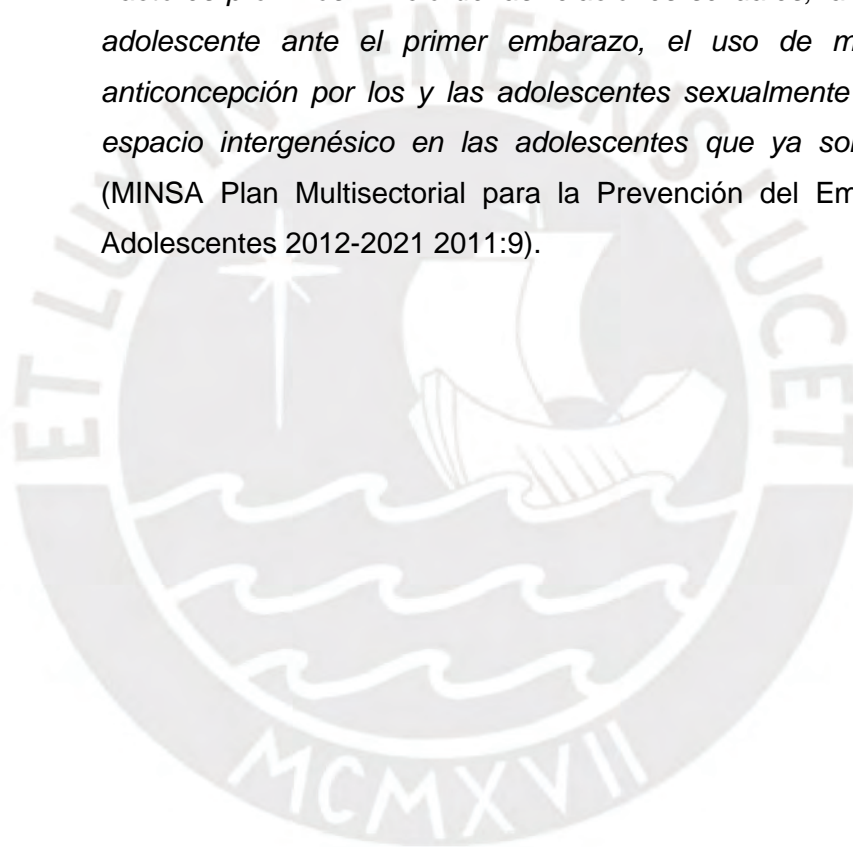
La adolescencia es una etapa clave para producir cambios culturales de largo plazo, los cuales pueden cambiar el perfil epidemiológico del Perú, así como la forma de construir el futuro. Invertir en la salud de las y los adolescentes no consiste solo en detectar daños y curar las enfermedades de esta población, implica el desarrollo de capacidades y la promoción del capital humano y social que se ha venido cuidando y protegiendo desde la infancia. El objetivo es generar y restablecer capacidades físicas, psíquicas y sociales, involucrando para ello a toda la comunidad peruana en la protección y promoción de la salud adolescente, así como a las y los mismos adolescentes como protagonistas del cambio.

Dependiendo del entorno legal, social y familiar donde se desenvuelva cada persona, se desarrollarán o no comportamientos sexuales y reproductivos, que podrían terminar en un embarazo no planeado. En este periodo se manifiesta un especial interés por el sexo, se adquieren conocimientos, se configuran actitudes y se instalan percepciones sobre la salud sexual y reproductiva. Las decisiones y comportamientos que adopten las y los adolescentes en el ámbito de la sexualidad, serán diferentes según la situación socioeconómica, las oportunidades

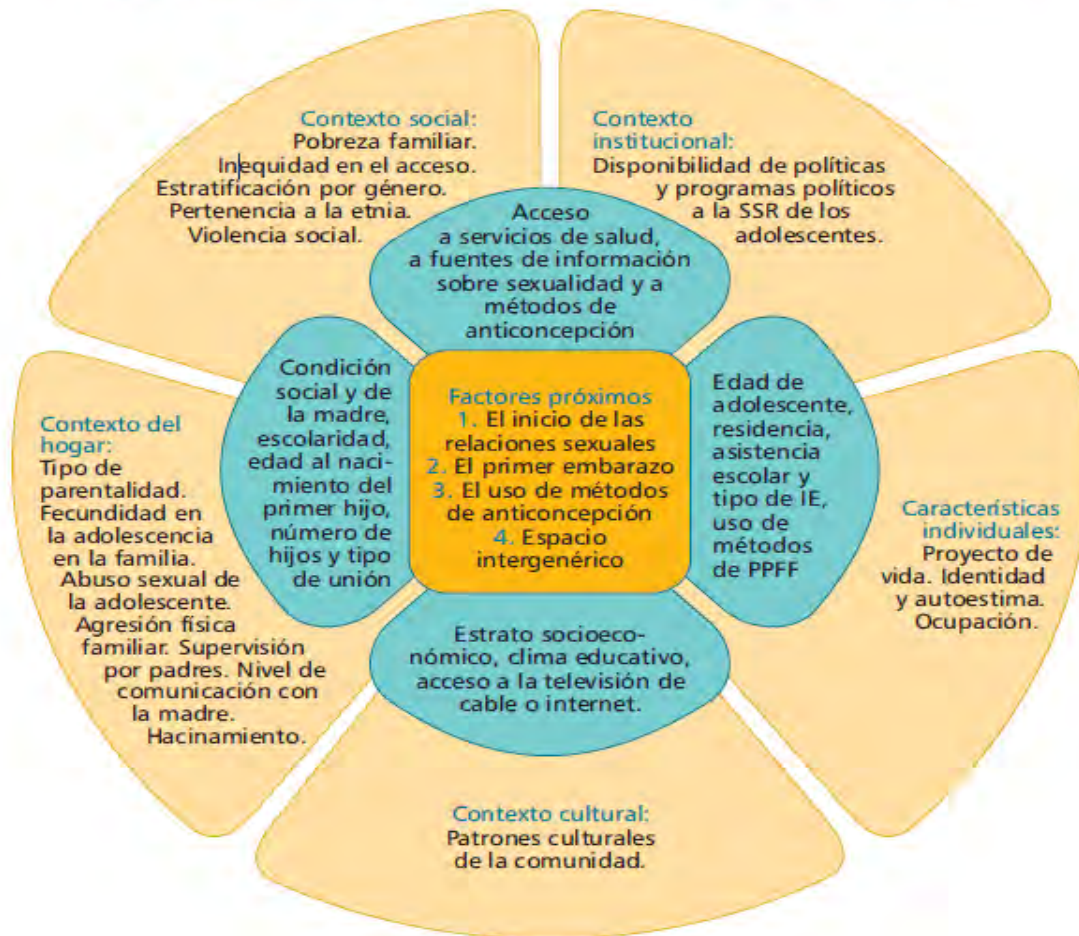
educativas y laborales, la oferta de anticoncepción, las habilidades sociales desarrolladas, las normas legales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.

Flores propone partir de dos dimensiones de análisis de los factores determinantes del embarazo en adolescentes:

- *Determinantes socioeconómicos*
- *Determinantes contextuales*
- *Factores próximos: “Inicio de las relaciones sexuales, la edad de la adolescente ante el primer embarazo, el uso de métodos de anticoncepción por los y las adolescentes sexualmente activos, el espacio intergenésico en las adolescentes que ya son madres”.* (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).



Factores determinantes del embarazo en adolescentes



Fuente: Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor – MINSA 2010

- “El siguiente diagrama elaborado por Flores, Pantelides y Simmons, la cual fue adaptado por el equipo consultor del “MINSA ilustra claramente los factores próximos, así como los determinantes socioeconómicos (hojas internas) y los determinantes contextuales (hojas externas) que juegan un rol en el embarazo en adolescentes””. (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010).

“El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública debido al incremento del riesgo en la salud de las adolescentes madres y del recién nacido, la reproducción de familias tempranas, la prevalencia de bajos niveles educativos de las mujeres, la reproducción de la pobreza, así como el impacto en el entorno inmediato y en la sociedad en general. Desde el punto de vista económico, la incorporación temprana

o la limitada incorporación a la actividad productiva afecta a las y los adolescentes en términos de menores ingresos y menor desarrollo y bienestar integral para ellos y sus familias, lo cual va en desmedro del ahorro e inversión necesarios para el crecimiento económico sostenido del país” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:9).

“Las adolescentes que desarrollan un embarazo se enfrentan a un número importante de retos en la dimensión social, individual y familiar. Entre estos retos están: el abandono de sus parejas, la imposibilidad de concluir sus estudios escolares, el incremento de los riesgos en la morbilidad de la adolescente embarazada y su bebe, la limitada capacidad de la madre adolescente para cuidar y criar al niño, y también, por que el embarazo no planeado en esa etapa está asociado a relaciones sexuales sin protección y se vincula al riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida”. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:9).

“A ello se suman otras características que hacen que el embarazo en la adolescencia sea considerado un problema de salud pública en el país.

- Afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo. Tiene mayor prevalencia entre las mujeres adolescentes con educación primaria (el 29,2% ya es madre y el 4,6 está embarazada del primer hijo).*
- Afecta en mayor grado a mujeres que residen en la selva. El 22,2 % de mujeres adolescentes que viven en la selva ya son madres y el 3,9% está embarazada del primer hijo. Son cinco los departamentos que tienen la mayor prevalencia de embarazos en adolescentes en Perú, todos son de la región de la selva.*
- Afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior, el 18,5% de las adolescentes que pertenecen al quintil inferior ya es madre y el 3,9% está embarazada de su*

primer hijo” (MINSA Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021:9).

“Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra en mayor proporción:

- 1. Zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas.*
- 2. Zonas Urbano Marginales de áreas metropolitanas de Lima, Piura y Trujillo.*

Estas características dan cuenta de la vulnerabilidad en la que se desarrollan las adolescentes que pertenecen a los quintiles inferiores, tienen bajo nivel educativo y residen en zonas rurales o en zonas urbano – marginales de las áreas metropolitanas del país y se explica por diversos factores asociados a determinantes socioeconómicos y contextuales. Del mismo modo, las principales características del problema constituyen argumentos para que la prevención del embarazo en adolescentes sea tratada como una política pública que requiere del diseño de programas y proyectos propios para cada realidad y supone compromisos estratégicos más allá del sector salud, involucrando tanto el nivel nacional, como el regional y local”. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).

“En cuanto al análisis de evidencias sobre lo que funciona y no funciona en la prevención del embarazo en adolescentes, los hallazgos se pueden resumir así:

- Las evidencias de intervenciones efectivas en otros países corroboran que los principales avances se han dado en los programas que fortalecen las habilidades para la vida de los y las adolescentes, que fomentan el acceso a oportunidades y están basados en la comunidad.*
- También funciona la educación sexual basada en la escuela, en la familia y en el entorno de los y las adolescentes. Ya que se ha notado que los mejores proveedores de información sobre sexualidad y comportamientos saludables son, en primer lugar, los*

padres cuando las relaciones al interior de la familia son positivas, y en segundo lugar, los pares, independientemente si son pares con comportamientos de riesgo o no.

- *El acceso a métodos anticonceptivos es otro elemento de los programas que funcionan. Los adolescentes que deciden ya sea postergar o iniciar su actividad sexual deben acceder a métodos de anticoncepción oportunamente, por lo tanto, es fundamental vencer las barreras legales que impide el acceso de los y las adolescentes a los servicios e insumos de salud sexual y reproductiva.*
- *Las evidencias señalan que se requiere no solo ampliar el contenido de los programas existentes, sino también la cobertura, la asignación de mayores recursos en el abordaje de los factores sociales, así como de mayor institucionalidad e integración de los sectores gubernamentales.*
- *Por último, se recomienda que los programas tengan la capacidad de influir en alguna medida en los patrones culturales de la comunidad, como también de comprometer a los padres, a las escuelas y a la comunidad en su conjunto” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).*

En este contexto el gobierno peruano asumió el compromiso de abordar el problema en la Reunión Ordinaria de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina en marzo de 2007, donde se resolvió “reconocer las consecuencias del embarazo en adolescentes como un problema de salud pública dentro de la sub región y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral”. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).

“El plan multisectorial para la prevención del embarazo en Adolescentes 2012-2021, tiene como marco el proceso de regionalización y descentralización, así como los compromisos internacionales reconocidos y asumidos por nuestro país:

- *La conferencia de población y desarrollo de El Cairo (1994)*

- *La conferencia sobre la mujer (Beijín 1995)*
- *Los objetivos del desarrollo del Milenio (2001)*
- *REMSAA/437 que en la Resolución XXVIII” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).*

“Esta última reconoce el embarazo en adolescentes como un problema de salud pública en los países del área andina. Es una expresión de la apuesta del estado por el desarrollo de ciudadanos y ciudadanas con conocimientos, valores, actitudes y habilidades sociales que les permitan la vivencia de una sexualidad saludable, plena y responsable en el marco de la realización de un plan de vida y un mejor acceso a oportunidades de desarrollo y bienestar”. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).

Objetivo general del plan:

“Meta. - se reducirá en 20% la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Objetivos específicos:

1. *Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.*
2. *Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria.*
3. *Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el marco curricular nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI.*
4. *Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que son madres.*
5. *Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual” (MINSA Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021:12)*

“El porcentaje de embarazo en adolescentes se ha estacionado en los últimos 10 años presentando tendencia al aumento en los últimos años. Mientras que la ENDES 2000 reportó que 13,0% de las adolescentes eran madres o estaban embarazadas, la ENDES 2012 muestra que el 13,2% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,8% ya es madre, y el 2,4% está gestando por primera vez. Respecto a los embarazos no planeados la misma encuesta muestra que asciende al 57,8% en las mujeres menores de 20 años” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:9).

De acuerdo a la ENDES 2016:

“La fecundidad de adolescentes en los últimos cuatro años ha descendido 0,5 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 12,7% ya estuvo alguna vez embarazada, de estas el 10,1% ya eran madres y el 2,6% estaban gestando por primera vez; estos resultados difieren ligeramente de los obtenidos en el año 2012. Al igual que en la encuesta 2012”. (ENDES 2016), “los resultados del 2015-2016 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,8% entre las de 15 años hasta el 26,0% en las de 19 años de edad” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2011:1-10).

Espacio intergenésico (se sugiere como tiempo recomendado de espera para iniciar un siguiente embarazo mínimo 18 meses)

“A nivel nacional las estadísticas del embarazo en adolescentes incluyen tanto los embarazos que terminan con nacidos vivos como los embarazos que terminan en aborto espontáneo o con óbitos fetales y los embarazos que terminan en aborto inducido, en la región de Ayacucho se tienen estadísticas de gestantes adolescentes a partir de 12 años de edad” (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010).

“La fecundidad en adolescentes varía por factores del contexto socioeconómico en el que viven y crecen las y los adolescentes. La

magnitud del embarazo en la adolescencia se puede describir por lugar de residencia, quintiles de riqueza y nivel educativo de los adolescentes” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:11).

PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 1986, 1991-1992, 1996, 2016 Y 2015 -2016					
Grupo de edad	1986	1991-1992	1996	2012	2015-2016
15-19	79	74	75	64	61
20-24	184	200	179	121	112
25-29	199	193	162	125	119
30-34	161	157	140	105	105
35-39	122	109	99	68	73
40-44	64	147	44	27	28
45-49	14	14	7	2	3
TGF	4,3	4,0	3,5	2,6	2,5

Nota: Tasa para los tres años que precedieron la encuesta.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016.

A nivel nacional, las tasas de fecundidad por edad, en promedio fueron relativamente bajas al comienzo de la vida reproductiva (adolescentes), pero alcanzan su mayor nivel en los grupos 20 a 24 y de 25 a 29 años de edad. La fecundidad desciende rápidamente a partir de los 40 años de edad. En adolescentes de 15 a 19 años de edad no se evidencia un descenso significativo, como muestra ENDES 2016.

Para el caso de la residencia o procedencia, la ENDES 2017 muestra que existe notables diferencias entre las adolescentes gestantes que

viven en zonas urbanas (10.7%), las que viven en zonas rurales (23,2%). (ENDES 2017)

EDAD DE ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA

Área	Ya son madres %	Embarazadas con primer hijo %	Total alguna vez embarazadas %
Urbana	8,1	2,6	10,7
Rural	19,3	3,9	23,2

FUENTE: Encuesta Demografica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

“La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según región. Mientras que el 30,6% de las adolescentes de Loreto ya tenían una hija o hijo o estaban embarazadas; en Arequipa y Moquegua solo el 6,3% y 6,8%, respectivamente, estaban en la misma situación” (INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2016).

“Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (23,2%) las residentes de la selva (22,6%) las residentes de Lima Metropolitana (9,7%) y en la selva (22,6)”. (ENDES - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017)

EMBARAZO Y MATERNIDAD DE ADOLESCENTES (15 A 19 AÑOS) Según Región Natural

Región Natural	Ya son madres %	Embarazadas con primer hijo %	Total alguna vez embarazadas %
Lima Metropolitana	7,1	2,6	9,7
Resto de Costa	9,9	3,4	13,3
Sierra	10,6	2,4	13,0

Selva	19,1	3,5	22,6
--------------	-------------	------------	-------------

FUENTE: Encuesta Demografica y de Salud Familiar (ENDES 2017)

Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (42,3%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23,9%). Mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (6,8%) y en las del quintil superior de riqueza (3,6%). (ENDES 2017)

Embarazo y maternidad de adolescentes (15 a 19 años) según Región Nivel Educativo

Región Natural	Ya son madres %	Embarazadas con primer hijo %	Total alguna vez embarazadas %
Primaria	9,9	3,4	13,3
Secundaria	10,9	2,4	13,0
Superior	19,1	3,5	22,6

FUENTE: INEI. Encuesta Demografica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

Embarazo y maternidad de adolescentes (15 a 19 años) según Quintil de Riqueza

Quintil de Riqueza	Ya son madres %	Embarazadas con primer hijo %	Total alguna vez embarazadas %
Quintil de riqueza	20,0	4,2	24,2
Segundo Quintil	14,6	2,8	17,4
Quintil intermedio	8,3	3,7	12,0
Cuarto Quintil	6,3	2,7	9,0
Quintil Superior	3,3	0,6	3,9

FUENTE: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

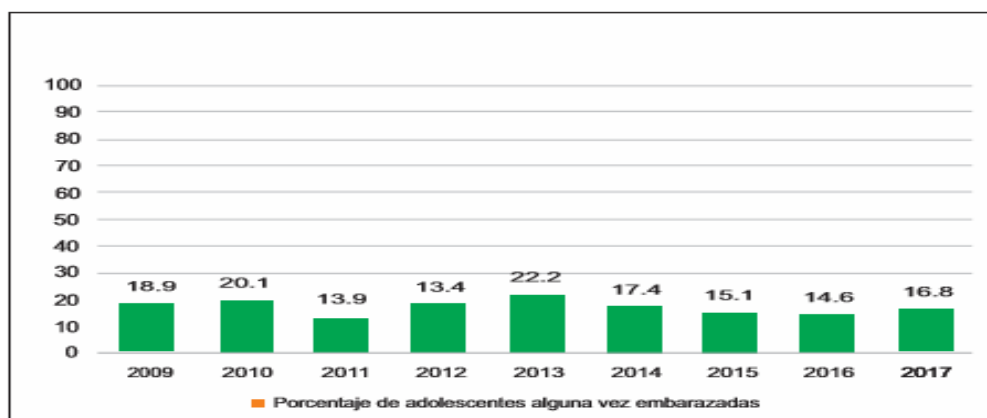
“La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos,

sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural” (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018:104) de la región de Ayacucho que es una región pluricultural, pluriétnica, y en otros casos “son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurándose así el problema social de la madre soltera” (ENDES - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017).

2.8 La fecundidad de adolescentes a nivel del Distrito de Ayacucho

se ha mantenido en porcentajes parecidos, incrementándose hasta el año 2013 a 22.2% disminuyendo hasta el 2016 y en el año 2017 se incrementa en 17,5%.

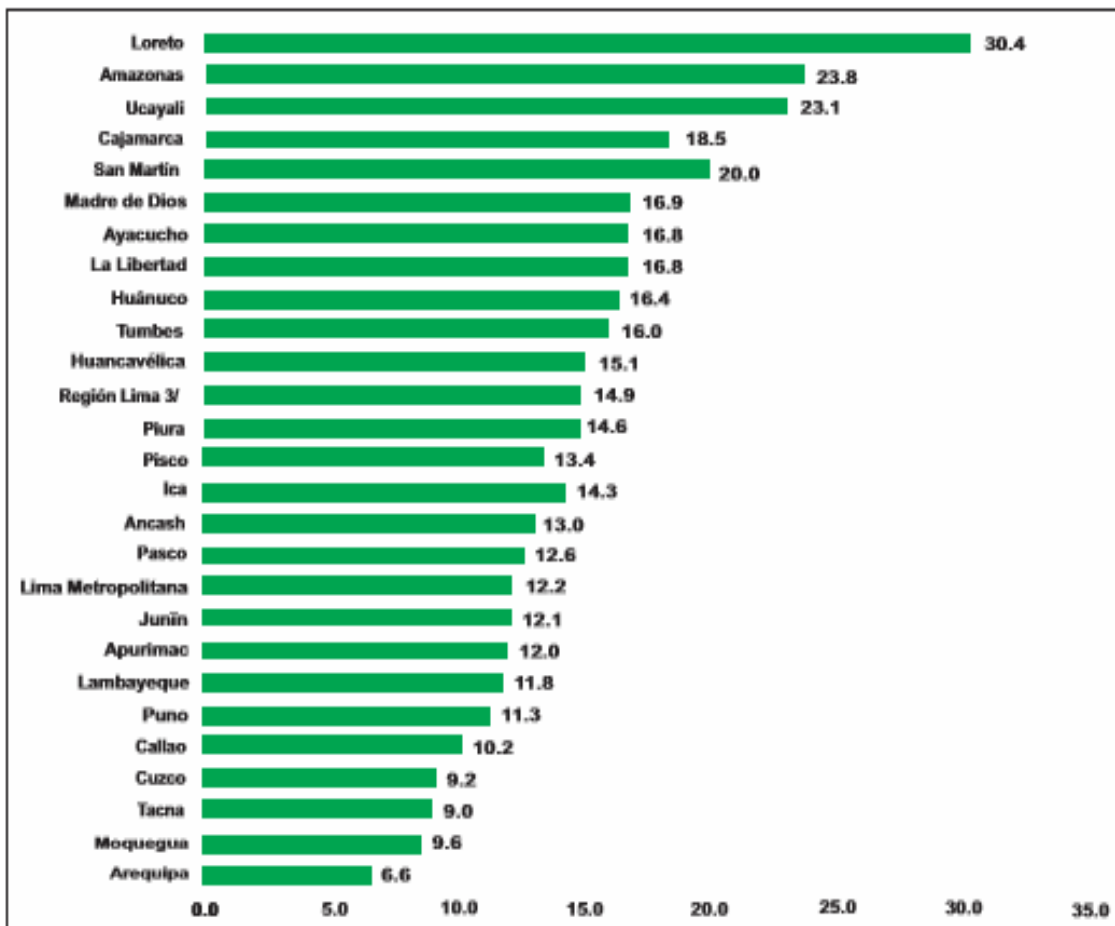
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS ALGUNA VEZ EMBARAZADAS 2013- 2017 REGIÓN AYACUCHO



Fuente: ENDES - 2011 - 2017 DIRESA Ayacucho

Importante detallar que el 12.7% (87,087) son adolescentes de 12 a 17 años y el 22.6% (157,327) son jóvenes de 18 a 29 años a nivel de la Región Ayacucho. (Fuente INEI).

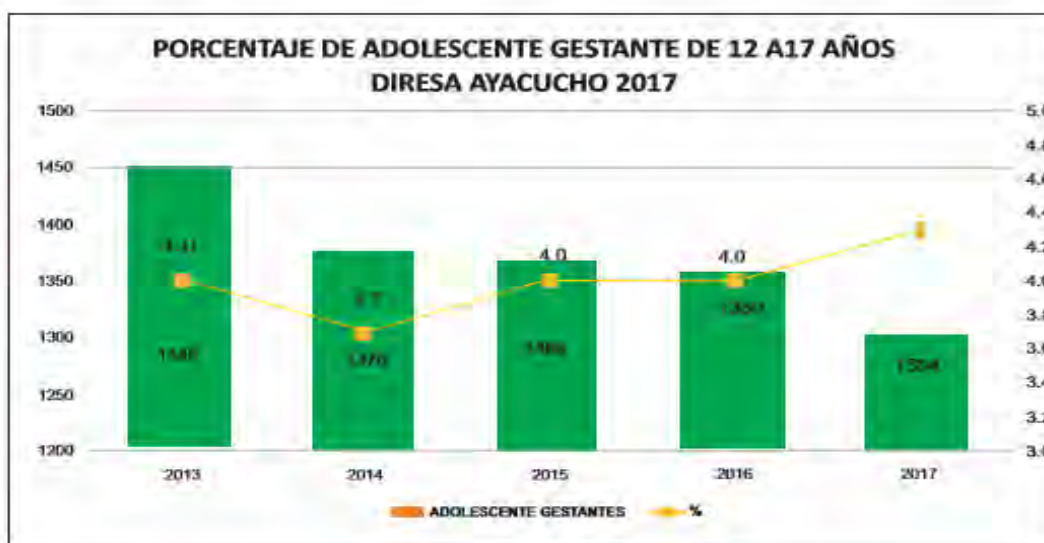
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS QUE YA SON MADRES O ESTAN EMBARAZADAS POR PRIMERA VEZ POR REGIONES EDES 2017



FUENTE: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

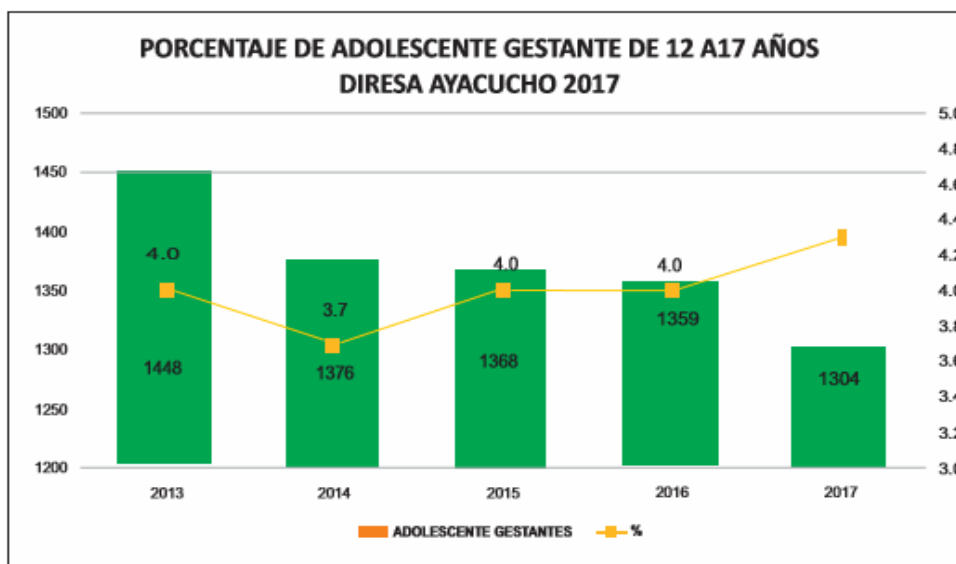
El Departamento de Loreto ocupa el primer lugar 30.4% de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madre o están embarazadas por primera vez, mientras que la Región de Ayacucho ocupa el séptimo lugar con 16.8% (Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2017)).

**Evolución del Embarazo y Maternidad en Adolescentes (12 a 17 años)
2013 - 2017**



FUENTE: Epidemiología – HIS – 2017 Diresa Ayacucho

**Evolución del Embarazo y Maternidad en Adolescentes (12 a 17 años)
2013 - 2017**



Fuente: EPIDEMIOLOGIA - HIS - 2017 Diresa Ayacucho

De acuerdo al siguiente cuadro se puede inferir que el porcentaje de adolescentes gestantes de 12 a 17 años se ha ido reduciendo siendo en el 2013 la cantidad de 1448 embarazos y para el 2017 se cuenta con 1304

embarazos en adolescentes de 12 a 17 años (Fuente: Epidemiología – HIS-2017 DIRESA Ayacucho).

“Dos son las principales características del embarazo en adolescentes en la Región Ayacucho al igual que el Perú:

- *La fecundidad en adolescentes que no ha disminuido con igual intensidad que la fecundidad global.*
- *El porcentaje de embarazo adolescente que se mantiene en casi la misma proporción, con ligeros incrementos o descensos según ENDES 2012-2017 a ello se suman otras características que hacen que el embarazo en la adolescencia sea considerado” (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010) “como un problema de salud pública: a) afecta en mayor grado a mujeres con bajo nivel educativo; b) afecta en mayor grado a mujeres que residen en la selva; c) afecta en mayor grado a mujeres adolescentes del quintil de riqueza inferior. d) afecta en mayor grado a las adolescentes que residen en el área rural” (MINSA Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021:9). Sin embargo, zonas como las capitales de provincia más concentradas de adolescentes como Huamanga, Huanta, Cangallo, presentan cifras al alza en los últimos años, esta concentración responde a la “mejores oportunidades de estudio, trabajo, expectativas de mejor calidad de vida”.*

“Estas características dan cuenta de la vulnerabilidad en la que se desarrollan los adolescentes que pertenecen a los quintiles inferiores, tienen bajo nivel educativo y residen en zonas rurales o en zonas urbano marginales de las áreas urbanas de la región de Ayacucho. Tal situación se explica por diversos factores asociados a determinantes socioeconómicos y determinantes contextuales”. (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010)

2.9 EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DESDE EL ENFOQUE DE DETERMINANTES DE LA SALUD.

Green y Kreuter (1999) proponen una clasificación de los factores determinantes de la salud clasificándolos en tres tipos:

- *“Factores predisponentes. – son aquellos que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla, estos factores los cuales incluyen el conocimiento, las actitudes, creencias, valores, y habilidades y necesidades percibidas, están en relación con la motivación de una persona o grupo para actuar. Todos ellos pertenecen al dominio psicológico. Incluyen las dimensiones cognitivas y afectivas de conocer, sentir, creer, valorar, tener confianza en uno mismo o sentido de autoeficiencia, etc” (Green y Kreuter 1999:5-10).*

- *“Factores reforzadores. - son la consecuencia de la acción que determina si la persona recibe un feedback positivo o negativo y si ese feedback es apoyado socialmente después de ocurrir. Por tanto, son factores posteriores a la conducta, incluyen el apoyo social, influencia de los pares, también incluyen las consecuencias físicas de la conducta” (Green y Kreuter 1999:5-10).*
- *“Factores facilitadores. - se convierten en el objetivo inmediato de las intervenciones de un programa. Consisten en los recursos y nuevas habilidades (Green y Kreuter 1999:5-10) necesarias para realizar la acción de salud y las acciones de la organización para modificar el ambiente. Los recursos incluyen la organización y accesibilidad y bajo costo de productos de consumo no saludables son importantes factores facilitadores que afectan a la conducta” (Green y Kreuter 1999:5-10).*

FACTORES PROXIMOS

Inicio de las relaciones sexuales

La ENDES 2017, a nivel nacional las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Antes de los 15 años, el 1.3% tuvieron su primera hija/o; en la región de Ayacucho el 20% antes de los 15 años inician sus relaciones sexuales.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Según ENDES 2017, el 4,3% de las mujeres adolescentes de Ayacucho fueron visitadas por un trabajador de salud para hablar sobre planificación familiar en los últimos 12 meses y el 85,7% de mujeres que no hablaron no recibieron visitas. Por otro lado, a las mujeres adolescentes que acudieron al EESS al 28% de las entrevistadas les hablaron de planificación familiar.

EDAD DEL ADOLESCENTE ANTE EL PRIMER EMBARAZO

Las madres adolescentes son las que menor periodo intergenesico (PIG: tiempo transcurrido entre un embarazo y el siguiente) muestran en comparación con otros grupos poblacionales: en el grupo de 15 a 19 años el PIG es de 24,8 meses, en el grupo de 20 a 29 años el PIG se incrementa a 63,3 meses, por otro lado, el 2.1% de gestantes tienen su primer embarazo y 14,4 probablemente este ya sea el segundo o tercer embarazo.

Entre los factores de riesgo más importante para un nuevo embarazo en la madre adolescente se encuentran: situación de pobreza; edad menor de 16 años; no vivir con los padres o vivir solamente con uno de ellos; bajo nivel de educación de la madre; falta de apoyo de un adulto dentro

o fuera de la familia; ausencia de un plan de vida; alteraciones emocionales y depresión; uso inconsciente de métodos anticonceptivos y también tener una pareja estable constituye un factor de riesgo importante para que la madre adolescente se embarace rápidamente de nuevo.

Un segundo embarazo presenta sin duda una sobrecarga aun mayor para la madre adolescente desde el punto de vista biológico, económico, social y emocional sobre todo cuando proviene de sectores económicamente pobres.

Las consecuencias son preocupantes ya que aumenta la incidencia de parto pre término y bajo peso del bebe al nacer a la vez que se reducen las posibilidades de que la madre adolescente complete su educación, se capacite para obtener un mejor empleo y se transforme en una persona autosuficiente para ella y su familia. (ENDES 2017).

PRINCIPALES FACTORES DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad de las y los adolescentes afecta directamente las tasas de embarazo y fecundidad de esta población. Se cuenta a nivel regional con 213 servicios diferenciados del adolescente que representa el 55% del total EESS.

Existen diferentes tipos de servicios organizados dentro de los establecimientos de salud: servicios diferenciados con ambientes exclusivos (I-4, II y III), servicios en horarios diferenciados (I-1, I-2 y I-3) y los AISPED (servicios móviles para la atención integral).

La oferta de estos servicios depende en gran medida de la existencia de una política gubernamental comprometida con las y los adolescentes y que dé la oportunidad de acceso a los estratos más pobres. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:35-40)

LUGAR DE RESIDENCIA

“El lugar de residencia se convierte en un factor determinante porque representa el espacio en el cual están disponibles los servicios, bienes y oportunidades a las que podrán exceder los y las adolescentes que habitan en dicho ámbito”.

“Esta variable resume una realidad compleja que se podrá sintetizar como “estilo de vida” (pantelides, 2008) y comprende desde acceso a la educación, trabajo y los mensajes de los medios de comunicación, hasta aspectos culturales y sociales tales como las perspectivas que se le ofrecen a las

mujeres fuera del hogar y la mayor o menor igualdad entre los sexos” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:35-40).

ASISTENCIA ESCOLAR DE LA POBLACION DE 12 A 16 AÑOS DE EDAD

Se entiende por tasa bruta, a la asistencia de la población en edad escolar a algún grado o nivel de educación de la enseñanza formal. En cambio, la tasa neta, se refiere a la asistencia de la población con edad normativa al nivel o grado de estudios que le corresponde a la edad. Para la población de 12 a 16 años de edad le corresponde estar estudiando en el nivel de educación secundaria. Tanto la tasa bruta como la tasa neta de asistencia escolar, en la población de 12 a 16 años de edad, ha ido incrementándose desde el año 2001. Aunque en 2015, solo el 83.4% de esta población estaba cursando el nivel secundario, con una diferencia significativa entre las áreas urbanas y rurales, entre las que existe una brecha de 11 puntos porcentuales, lo mismo que entre la costa y la selva³³ (MINSA Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011).

Por sexo, estas tasas también han mostrado una tendencia creciente, llegando la tasa bruta de asistencia escolar, en 2015, a 93.5% en los hombres y a 93.6% en las mujeres; y la tasa neta a 83.1% y 83.8% respectivamente. Las tasas de asistencia escolar, para ambos sexos, se mantienen prácticamente iguales desde el año 2001, mostrando que el acceso a la educación es igual para ambos sexos durante la adolescencia. Por quintiles de ingreso, si bien se observa una tendencia al incremento de la tasa neta de asistencia escolar desde el año 2001, también se observa una gran brecha entre los quintiles de ingresos más bajos respecto de los de ingresos más altos. Para 2015, esta brecha era de 16.6 puntos porcentuales (73.5% y 90.1%, respectivamente). Lo cual indica que, si bien el acceso a la educación secundaria ha ido mejorando para el total de la población de 12 a 16 años de edad, “aún persisten factores económicos y sociales que hacen que las poblaciones de menores ingresos dejen de estudiar, entre estos factores estarían los escasos recursos de las familias más pobres, y la

³³ MINSA. Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017/-1ª ed.- Lima 2017.

necesidad de los adolescentes de contribuir al ingreso económico familiar. Como existe una brecha importante, en relación al ingreso familiar, también existe una brecha al acceso, de la población de 12 a 16 años de edad, a los servicios de educación entre aquellas personas que tuvieron como lengua materna el castellano y aquellos cuya lengua materna fue un idioma nativo, si bien para el 2015, la brecha de la tasa bruta de escolaridad fue de 2.4%, y para la tasa neta fue de 10.9%. Señalando que la población cuya lengua materna es un idioma nativo, accede a un centro educativo, pero lleva un retraso en su educación con respecto de la población cuya lengua materna es el castellano” (MINSA Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. La mortalidad Materna en el Perú 2002-2011)

USO DEL CONDON

“Las políticas públicas en materia de anticoncepción y salud reproductiva orientadas hacia adolescentes deben considerar acciones que tiendan a mejorar las condiciones en las que este grupo de la población inicia su vida sexual. Ello implica reforzar el componente de prevención de las acciones públicas en la materia. Es importante señalar que dichas acciones deben incluir la participación de los varones adolescentes cuya aceptación del uso del condón resulta fundamental para el cuidado de su propia salud y la de su pareja” (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010).

ESTRATO SOCIOECONOMICO

“Las tasas de fecundidad son altamente variables según el estrato social. Para el caso peruano la fecundidad es dos veces mayor en los dos quintiles más pobres y tres veces menor en los dos quintiles más ricos. Esta situación revela la importancia de abordar la exclusión que sufren aquellas adolescentes que viven en situación de pobreza y pobreza extrema” (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010).

ESTRUCTURA FAMILIAR

“Existen innumerables evidencias que dan cuenta de que la fecundidad adolescente está influenciada por la familia y los grupos sociales de pertenencia. Familias con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector; los y las adolescentes provenientes de estas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazadas o embarazar a su pareja” (MINSA Plan

Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:18)

El tipo de unión de la madre o la condición conyugal de la madre muestra asociaciones significativas en la reducción de la prevalencia del embarazo en adolescentes (Flórez, 2005). El tener una madre sola (separado o viuda) incrementa la probabilidad de iniciar tempranamente las relaciones sexuales. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:18)

“Disponibilidad de políticas públicas a favor de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, la debilidad es que no se implementa por mitos, paradigmas, creencias, estas afectan las intervenciones que se desarrollan con adolescentes” (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010). “Se rechazan especialmente los intentos de asegurar la autonomía de las y los adolescentes y su derecho a tomar decisiones independientes, sin el permiso de sus padres, adicionalmente, los programas de prevención, por lo general, tienen mayor concentración en la población femenina en desmedro de la masculina” (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021:18).

La existencia de planes de vida “orientados al logro individual tiene un efecto positivo en la reducción de la frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo, tanto por parte de las mujeres como por parte de los varones. También se ha demostrado que las decisiones que toman las y los adolescentes” (MINSA Flores, Pantelides y Simmons Adaptado por Equipo Consultor 2010). en torno a su vida sexual y reproductiva se relacionan con la formulación y realización de su proyecto de vida, el cual influye a su vez en la fecundidad.

Cuando estos dos aspectos están alterados, las decisiones del adolescente se dan en un estado de vulnerabilidad. Las áreas de decisión que más se ven afectadas son las relacionadas a los comportamientos y estilos de vida. Las y los adolescentes se tornan influenciables por sus pares, por el entorno comunitario y por los mensajes sociales de los medios de comunicación. Complementariamente, se ven afectadas las capacidades de autorregulación. (MINSA Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 2011:25-27)

2.10 DECLARACIÓN DE MEDELLIN SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL AREA ANDINA

A nivel de la subregión andina se estima que la población de adolescentes entre 10-19 años asciende a más de 29 millones de personas, lo cual representa el 20% del total de la población en la

subregión, constituyendo uno de los pilares fundamentales para el desarrollo social.

América latina y el Caribe es una región de transición demográfica donde la suma de políticas sociales en educación, salud y desarrollo económico dirigidas a fomentar la equidad en las oportunidades para adolescentes y jóvenes es indispensable para capitalizar el bono demográfico.

A diferencia de otros grupos etarios, la tasa de fecundidad adolescente no ha disminuido en la mayoría de los países de la subregión andina. Los nacimientos en madres adolescentes en la subregión representan el 18% del total de nacimientos, lo cual constituye una preocupación de sus efectos negativos sobre el desarrollo integral de las mujeres, hombres, hijos e hijas y familias y de la sociedad a la que pertenecen, alterando sus expectativas de un mayor logro educativo, desarrollo integral, y ejercicio de derechos, que, en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza³⁴.

Que el acceso universal a los servicios con atención diferenciada para adolescentes, hombres y mujeres, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención del embarazo en adolescentes, forma parte del derecho a la salud y constituye uno de los objetivos del programa de Acción de la conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (CIPD, Cairo 1994) y es una de las metas para alcanzar los objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), particularmente el objetivo 5 (a y b), el cual presenta el mayor rezago para su cumplimiento en la subregión.

Que la experiencia y evidencia disponible indican la necesidad de la activa participación de todos los sectores que tienen responsabilidades sobre los determinantes relacionados con el embarazo en adolescentes, especialmente educación y salud, en las políticas, estrategias y programas de prevención y reducción de la fecundidad precoz.³⁵(MINSA

³⁴ Subregión Andina: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

³⁵ MINSA. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021. Lima 2011. 40 pp.

2.11 ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES DEL CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS. PERIODO 2018.

La construcción de una política pública tiene como objetivos: identificar un problema social y definir el campo de análisis; realizar un diagnóstico de la zona de intervención; 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).

“PERÚ: PROGRAMAS Y PRIORIDADES DE SALUD

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 afectadas por una inadecuada transformación de los sistemas de salud para alcanzar los objetivos de eficiencia, 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” (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017).

“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, 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” (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017).

Mediante resolución suprema N°001-2013-SA, se aprueba los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, “las medidas se orientan a mejorar el estado de salud de los residentes en el país, toda vez que la salud es un derecho fundamental y que el estado debe garantizar la protección de la salud de todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida, las medidas de política de reforma que se proponen en este documento se orientan a la construcción de un sistema de salud integrado que fortalezca el Sistema Nacional de Salud, a fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios”(MINSA Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud 2013:8). “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” (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017). En ese contexto, se contemplan lineamientos de la reforma del sector salud:

“LINEAMIENTOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD 2013

Lineamiento 1: Potenciar las estrategias de intervención en salud pública.

Lineamiento 2: Fortalecer la atención primaria de salud.

Lineamiento 3: Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios especializados.

Lineamiento 4: Reformar la política de gestión de Recursos Humanos

Lineamiento 5: Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre.

Lineamiento 6: Extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad.

Lineamiento 7: fomentar el aseguramiento como medio de formalización.

Lineamiento 8: Consolidar al Seguro Integral de Salud como operador financiero.

Lineamiento 9: Fortalecer el Fissal como financiador de segundo piso.

Lineamiento 10: Aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud.

Lineamiento 11: Fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, Essalud

Lineamiento 12: Fortalecer la rectoría del sistema de salud” (Consejo Nacional de Salud - Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud 2013:25)

En el año 2010, los logros estaban orientados a la reestructuración integral de los sistemas 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 microredes. (Consejo Nacional de Salud “Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud 2013)

Dado que muchas de las metas planteadas, a raíz de los acuerdos nacionales e internacionales, no han podido aun cumplirse; a razón de ello se debe trabajar por el cumplimiento de las metas y objetivos al 2020.

ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PSSR

ESTRATEGIAS DEL PSSR.- Para enfrentar el problema identificado y alcanzar los objetivos del PSSR se plantean 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.

LINEAS DE ACCIÓN DEL PSSR. - en total son 7 líneas de acción, por las 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 persona 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 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 servicios que articule los diferentes prestadores públicos, privados y comunitarios. Establecer mecanismos de referencia y contrareferencia 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 destinado 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) 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.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS DE LA ZONA

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud y autoridad de salud de nivel nacional. “Tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud” (Ley N°30895 Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud 2018).

Con el Decreto Legislativo N°1161, se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud se plantea un modelo de la rectoría de las políticas nacionales y sectoriales en Salud y reorganiza el Ministerio en varios ejes estratégicos articuladores, que se reflejan en el fortalecimiento, creación y especialización de sus organismos públicos adscritos. Tiene como función:

- a) *“Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.*
- b) *Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector, así como el otorgamiento y reconocimiento*

de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia.

- c) Conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.*
- d) Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional coordinado y descentralizado de Salud en todo el territorio nacional, y adoptar las acciones que se requieran de acuerdo a ley.*
- e) Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de materia, en el ámbito de su competencia". (MINSA Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes 2005:13).*

El Centro de Salud "Los licenciados" se crea e inicia su funcionamiento a través de la Resolución Directoral N° 0160-93 DGUIDES-DOP-AYAC. La cual fue emitida el 08 de noviembre de 1993. Posteriormente a través de la Resolución directoral Regional N°1511-2012-GRA-GG-GRDS-DIRESA-DR se recategoriza como centro de salud a nivel I-4, la cual fue emitido el 01 de octubre de 2012 y como Micro Red por Resolución directoral Regional sectorial de Redefinición de Micro Redes N° 026-2013-GRA/GG-GRDS-DIRESA-GR. Publicada el 24 de enero de 2013.

El Centro de Salud "Los Licenciados" pertenece a la jefatura de la Micro Red Licenciados la cual está supeditada a la Dirección Red Huamanga perteneciente a la Dirección Regional de Salud Ayacucho, fue creado por la necesidad de contar con una administración en salud descentraliza de la Red de salud huamanga- DIRESA Ayacucho para la Provincia de HUAMANGA, que brinde una atención integral a las personas, familia y comunidad y a la vez la administración de recursos en todos los niveles sea fluida.

El Centro de Salud "Los licenciados" se encuentra ubicada en la capital de la Provincia de Huamanga (distrito de Ayacucho).

El Centro de Salud "Los Licenciados" se ubica:

Límites:

- Por el norte: Asoc. Juan Velasco Alvarado (Mollepata)
- Por el Sur: Jr. Quinua y Emadi
- Por el Este: Universidad Nacional “San Cristóbal de Huamanga” y el IPD
- Por el Oeste: Cerro La Picota.

Tiempo al Hospital Regional Ayacucho: 35 minutos a pie.

Altitud. 2,650 m.s.n.m.

Superficie territorial: 2913.79 Km 2 (fuente INEI)

Ubicación: Noreste del distrito de Ayacucho (INEI)

Referencia: 29,123 Habitantes (INEI)

Urbanidad/ ruralidad: Urbano/ Urbano marginal (INEI)

Zonas de Riesgo:

La Picota: Son zonas de constantes deslizamientos y derrumbes.

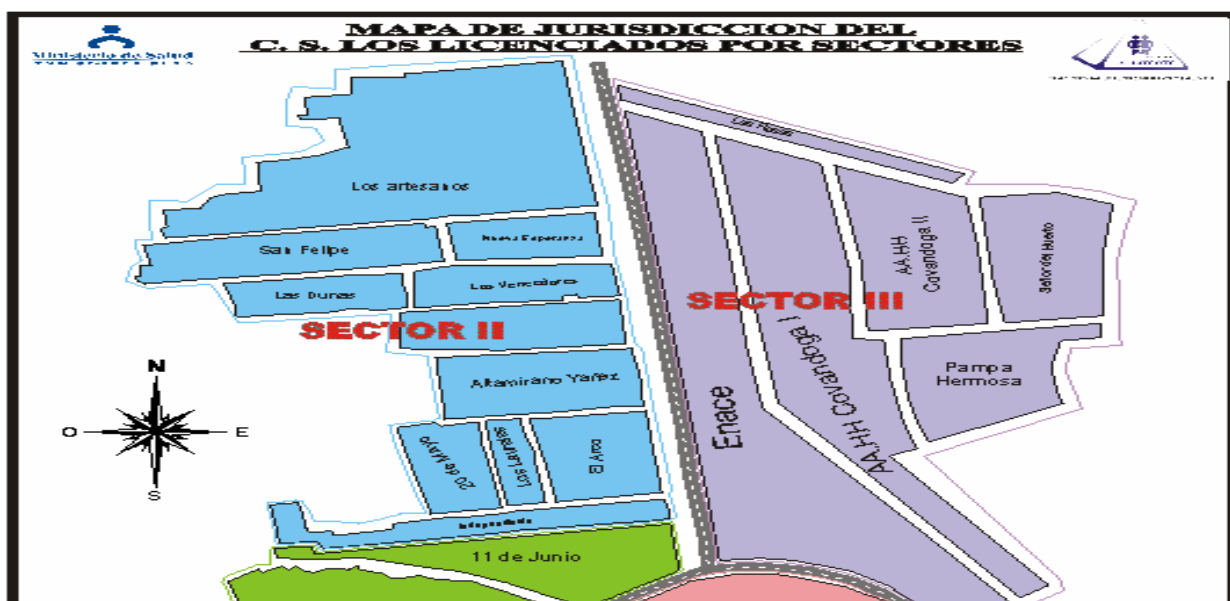
Los Pinos: Son zonas de constantes deslizamientos y derrumbes.

11 de junio: Fabricación de juegos pirotécnicos

Los Artesanos: Fabricación de juegos pirotécnicos

Covadonga: Fabricación de juegos pirotécnicos

Invasión Vencedores Señor de Palacios: No cuenta con servicios de saneamiento básicos, además de ser zona de deslizamiento (**Ver gráfico**)



FUENTE: Mapa de Jurisdicción del Centro de Salud Los Licenciados por sectores,2016

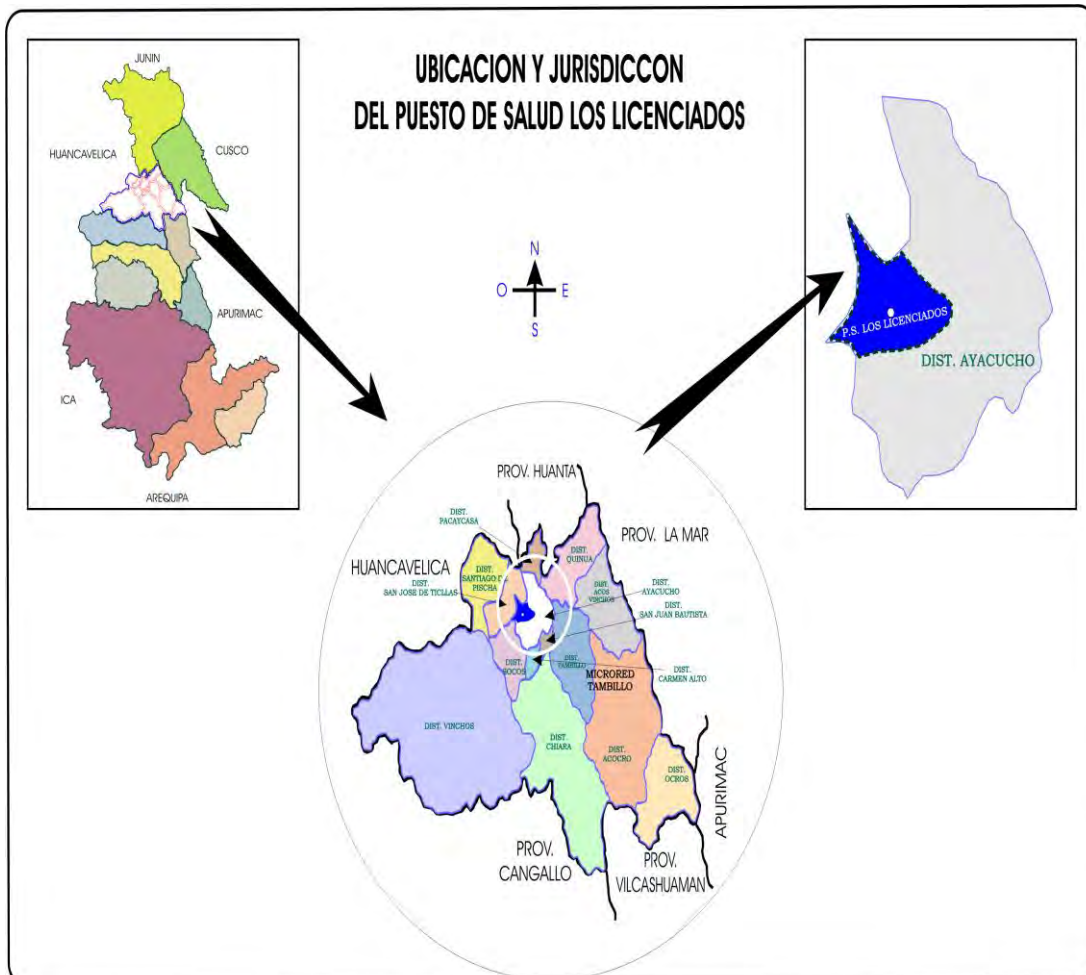
La “**Micro Red de Servicios de Salud Los Licenciados**” se implementó de recursos Humanos, físicos y financieros a fin de cumplir con las funciones asistenciales como administrativas de dirección, asesoramiento, apoyo, siendo su responsabilidad la administración de 23 establecimientos de salud los cuales son³⁶:

- C.S Licenciados nivel 1-4
- Hospital de apoyo Las Nazarenas Nivel II
- C.S. Totos nivel I-3
- C.S. Putacca nivel I-3
- C.S. Paras nivel I-3
- P.S. Mollepata I-2
- P.S: Ccarhuaccocco I-2
- P.S. Villa San cristobal I-1
- P.S. Cocas I-1
- P.S. Vilcanchos I-1
- P.S. Chuymay I-1
- P.S. Quiñasi I-1
- P.S. Puncupata I-1
- P.S. Catalinayocc I-1
- P.S. Cuchuquisera I-1
- P.S. Rosaspata I-1
- P.S. Millpu I-1
- P.S. Tunsulla I-1
- P.S. Licapa I-1
- P.S. Ccarhuacpampa I-1
- P.S. Iglesiahuasi I-1

³⁶ DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD (DIRESA), 2013, Resolución Directoral N° 026-2013-GRA/GG-GRDS-DIRESA-GR. Que aprueba Redefinición de Micro Redes.

- P.S. Cruz Pampa I-1
- P.S. Espite I-1

Los establecimientos de salud adscrito a esta Micro Red, están enmarcados en 07



Visión y Misión del Centro de Salud “Los Licenciados”

MISIÓN

Somos un Centro de Salud 1-4 que brinda atención integral de salud a la persona, familia y comunidad con énfasis en la madre y el niño promoviendo estilos d vida saludable para contribuir en el logro de los objetivos sanitarios de la Región.

VISIÓN

Al 2020, seremos un Centro de Salud modelo de atención materno infantil con Recursos Humanos certificados, motivados y comprometidos que brindan

atención integral en salud con equidad, calidez y con posicionamiento social en el logro de estilos de vida saludable.

OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERALES:

- Mejorar la gestión del establecimiento de salud
- Mejorar la estrategia de educación para promover estilos de vida saludable
- Mejorar la salud materna y neonatal
- Reducir la desnutrición infantil
- Prevención de enfermedades transmisibles
- Prevención de enfermedades no transmisibles

2.12 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. Ya que los indicadores son alarmantes en relación a embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, ITS, violencia y otros problemas que afectan a los adolescentes dentro de nuestro territorio nacional.

2.12.1 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

El marco normativo en cuanto a normas y tratados internacionales es amplio en relación al acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud. La mayor parte está 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 esparcimiento 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 viene hacer la Declaración Universal³⁷. Los derechos humanos se

³⁷ 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

precisan como los derechos y libertades básicas de todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión pública, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición” (Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948). 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 a firma 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)”. (Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948)

✓ **Convención Internacional de los Derechos del Niño**³⁸. – *“Primer tratado internacional de derechos humanos que reconoció la violencia y el abuso sexual como la 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 aquellos 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.*

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°04³⁹. Planteo 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.

declaración de Viena (1993) confirmó la responsabilidad de los gobiernos en los derechos humanos, siendo estos derechos intrínsecos de todos los seres humanos.

³⁸ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1989, Convención de los Derechos del Niño, 20 de noviembre.

³⁹ 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.

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 país". (Asamblea General de las Naciones Unidas 1989)

- ✓ **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴⁰**. - 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 afectividad de ese derecho (art. 12). La Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la 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. (Asamblea General de las Naciones Unidas 1989)
- ✓ **El protocolo de San Salvador⁴¹**. - 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 tratamiento, la educación en la 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 Americana sobre Derechos Humanos 1988)
- ✓ **Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁴²**. - vigente desde 1981, los estados pares se comprometen a eliminar toda discriminación

⁴⁰ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1966, Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales, 03 de enero.

⁴¹ CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS, 1988, Protocolos de San Salvador, 17 de noviembre.

⁴² ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1981, Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 03 de setiembre.

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 son discriminación a servicios de atención medica 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”(Asamblea General de las Naciones Unidas 1981).

- ✓ **“Conferencia Internacional de El Cairo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (CCMM) ⁴³.** - 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” Asamblea General de las Naciones Unidas 1981). 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

⁴³ ASAMBLEA GENERAL DE LA NACIONES UNIDAS, 1995, Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 15 de setiembre.

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 prematura, así como de contraer el VIH y otras ITS y de abortar en condiciones peligrosas. La maternidad prematura sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer de 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 porte de la conferencia del Cairo y de las Metas del Milenio (1994)⁴⁴, 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 esa 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

⁴⁴ 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.

responsabilidades al Estado, tanto para su prevención, erradicación como para su tratamiento.

2.22.2 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” (Constitución Política del Perú 1993). La legislación nacional vigente es:

- **Convención de los Derechos del Niño⁴⁵**. - 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). (Asamblea General de las Naciones Unidas 1989)
- **“Código de los niños y adolescentes⁴⁶**. - 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 adolescente*
 - 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 planificación familiar*
 - f) *Desarrollo de un pensamiento autónomo, crítico y creativo”* (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010)
- **“Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010⁴⁷**.- instrumento importante de política pública, que concierne a

⁴⁵ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1989, Convención de los Derechos del Niño, 20 de noviembre.

⁴⁶ CONGRESO DE LA REPUBLICA, 2000, Ley N°27337. Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes, Lima, 07 de agosto.

los niños y adolescentes, donde se aborda los DSR, involucra un conjunto de acciones que deben desarrollar el MINDES, MINSA, MINEDU, MINTRA, MINJUS, MINT, Ministerio público, así como RENIEC, Municipios, Defensorías del niño y el adolescente” (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010). 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 derechos humanos” (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010).
- 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 Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010).

➤ **“Plan Nacional Concertado de Salud”⁴⁸**, 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” (Plan Nacional Concertado de Salud 2007). Estos lineamientos son:

- a) “Atención integral de salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- b) Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- c) Aseguramiento universal.
- d) Descentralización de la función salud a nivel del gobierno regional y local.
- e) Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- f) Desarrollo de los recursos humanos

⁴⁷ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES, 2012, Decreto Supremo N°001-2012-MIMP. Que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2020” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación, Lima, 20 de abril.

⁴⁸ MINISTERIO DE SALUD, 2007, Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA. Que aprueba el “Plan Nacional Concertado de Salud”, Lima, 20 de julio.

- g) *Medicamentos de calidad para todos/as.*
 - h) *Financiamiento en función de resultados*
 - i) *Desarrollo de la rectoría del sistema de salud.*
 - j) *Participación ciudadana en salud*
 - k) *Mejora de los otros determinantes de la salud” (MINSA - Plan Nacional Concertado de Salud 2007:16)*
- **“Lineamientos de Política de Salud de los/las adolescentes⁴⁹.** - 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 y 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)” (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010).
- **Norma de Planificación Familiar⁵⁰.**- aprobado en el 2016 RM 536/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 padre 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 riesgos 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 esta consejería. Norma reciente, de poco conocimiento y enfrenta prejuicios internamente”. (Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010)

⁴⁹ MINISTERIO DE SALUD, 2005, Resolución Ministerial N°107-2005/MINSA. Que aprueba el documento técnico “Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes”, Lima, 14 de febrero.

⁵⁰ MINISTERIO DE SALUD, 2016, Resolución Ministerial N°652-2016/MINSA. Que aprueba la norma técnica N°124-2016-MINSA-V.01: “Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar”, Lima, 31 de agosto.

- **“Norma Técnica para la Atención Integral de salud en la etapa de Vida Adolescente”⁵¹.** - Aprobado 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” (MINSA - Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente” 2005). Incluye también la atención de adolescentes víctimas del maltrato y abuso sexual. Participación de adolescentes en acciones extramurales y análisis de necesidades. (MINSA Resolución Ministerial N°633-2005/MINSA, aprueba la Norma Técnica N°034-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente” 2005)
- **Manual de orientación y consejería en SSR⁵².**- “Aprobado con R.M N°290-2006/MINSA. Establece acciones protocolizadas en orientación o consejería en general y desarrolla orientaciones especiales para adolescentes, dentro de las cuales se incluye: 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” (MINSA Resolución Ministerial N°290-2006/MINSA, aprueba “Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva” 2006)

⁵¹ MINISTERIO DE SALUD, 2005, Resolución Ministerial N°633-2005/MINSA. Que aprueba la norma técnica N°034-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente”, Lima, 22 de agosto.

⁵² MINISTERIO DE SALUD, 2006, Resolución Ministerial N°290-2006/MINSA. Que aprueba el “Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”, Lima, 20 de marzo.

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de investigación

3.1.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación: Enfoque mixto aplicada.

La forma de investigación seleccionada es de corte cualitativa-cuantitativa la cual obedece a la gama de información que proporciona, es apropiada para la comprensión de experiencias, esta forma de investigación es clave al igual que la metodología mixta ya que para ambos los actores son claves, porque se pretende considerar, analizar y colocar las características del contexto en primer plano. Esta forma de investigación nos permite tener una mirada abierta capaz de captar la heterogeneidad de la población al igual que la investigación de tipo mixta ya que no solo combina el aspecto cualitativo sino más aun le suma la parte cuantitativa que es esencial para contar con un muestreo estadístico para garantizar con certeza nuestros hallazgos.

La investigación planteada corresponde a una **metodología de investigación mixta** esto debido a que se pretende es comprender, interpretar y explicar las conductas, creencias, percepciones y valores de los adolescentes.

Esta forma de investigación es muy útil ya que nos va a permitir medir e interpretar las cosas o fenómenos, La metodología de investigación mixta tiene como propósito principal comprender el problema o fenómeno que acarrea una población.

3.2 FORMA DE INVESTIGACIÓN.- La forma de investigación que se ajusta al planteamiento de la tesis es a través de la utilización del diagnóstico, esto debido a que la pregunta ¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho, periodo 2018?, Se busca explicar si los

profesionales de la salud han sido capacitados en temas de interculturalidad o cultura de los adolescentes, a fin de proporcionar una adecuada prestación de servicios, “tomando en cuenta en el diseño, planteamiento e implementación de políticas de salud, el respeto a la identidad, las características étnicas y los valores de cada cultura de las y los adolescentes, concibiendo que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración, articulación y convivencia entre culturas”(MINSA Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017: 1-15).

Es por ello que se tiene que tener muy en cuenta el diagnóstico que responde a un análisis de naturaleza mixta, teniendo como prioridad profundizar en el proceso del programa implementado por el MINSA, a partir del diagnóstico se pretende encontrar un análisis cuanti-cualitativa como es la atención especializada al adolescente tratando la temática de la salud sexual y reproductiva.

Las zonas rurales tienen su propia particularidad, las concepciones referentes a temas determinados y más aún respecto a la salud sexual y reproductiva tienen su propia significancia (cosmovisión andina) al considerarlas como un tabú. Lo que origina la poca comunicación entre padres e hijos, así como también entre profesional de la salud y adolescente, consecuentemente origine la utilización de medidas de protección se de en muy raras ocasiones, exponiendo a los jóvenes a las ITS y también originando responsabilidad paterna a temprana edad.

La clase de conocimiento que se pretende encontrar con el diagnóstico son netamente explicativas del por qué los adolescentes no acuden al centro de salud los Licenciados para recibir información especializada y oportuna sobre salud sexual y reproductiva, y de esta manera dar cuenta por qué una política social funciona de una manera determinada en un contexto determinado.

Las razones por las cuales se ha optado por la forma de investigación obedecen a la gama de información que proporciona ya que responde a una perspectiva cuanti-cuali, apropiada para la comprensión de

experiencias singulares, para esta forma de investigación los actores son claves, ya que se pretende considerar, analizar y colocar en primer plano el discurso de los actores tanto como el de la política. Esta forma de investigación nos permite tener una mirada abierta capaz de captar la heterogeneidad de la población.

El diagnóstico permite saber si dicha política es pertinente y si tiene las condiciones para llevarse a cabo, para ello toma en cuenta los intereses de los actores para ver la práctica de estos mismos ya que los actores nos pueden señalar una información y realizar otra muy distinta a la señalada, mediante el diagnóstico es necesario tener una mirada abierta capaz de captar la heterogeneidad de la población ya que como en el caso de la investigación planteada se busca conocer “¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho, periodo 2018?” es partir del diagnóstico de una determinada muestra establecida, uso de determinadas fuentes de evidencia, aplicación de instrumentos se podrá generar hallazgos que den cuenta de la realidad en la que viven muchas de las familias y especialmente jóvenes adolescentes de las zonas urbano-rurales que cuentan con los servicios de salud y está en que medida logra mejorar la calidad de vida y bienestar de la población.

3.3 Nivel de investigación: Explicativa

Nivel de investigación que permitió identificar el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho, a fin de rediseñar las estrategias en la perspectiva de asegurar una mayor concurrencia de los adolescentes al centro de salud Los Licenciados.

Valderrama (2015, p. 33) señala que “este nivel de investigación está dirigida a responder las causas de los eventos físicos o sociales, su

interés se centra en el por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste”.

Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 95) precisa:

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos y sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables.

3.4. Dimensiones y características de la muestra

Diseño: No experimental de corte transversal

$$n \text{ (tamaño de la muestra)} = \frac{3.000.00 * 1.96^2 * 0.15 * 0.85}{0.05^2 (3.000.00 - 1) + 1.96^2 * 0.15 * 0.85}$$

=184 adolescentes

Los métodos de selección de la muestra dependen de la característica del estudio para lo cual se definió **contar con una muestra significativa de 184 adolescentes del distrito de Ayacucho así como una muestra representativa de profesionales de la salud, las cuales se encuentran integradas por profesionales en la especialidad de obstetricia, medicina general, trabajo social y enfermería que laboran dentro del Centro de Salud Los Licenciados del distrito de Ayacucho**, para de esta manera poder tener mayor profundidad y calidad de la información ya que se evalúa criterios de significancia, relevancia y representatividad que son esenciales para obtener una valiosa información, su principal prioridad es priorizar la comprensión del problema abordado ¿Cuál es el nivel de adecuación cultural en la implementación del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 y el nivel de satisfacción de los adolescentes en el centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho, periodo 2018?, Nos permitirá identificar y explicar si los profesionales de la salud han sido capacitados en temas de

interculturalidad o cultura de los adolescentes, a fin de proporcionar una adecuada prestación de servicios, “tomando en cuenta en el diseño, planteamiento e implementación de políticas de salud, el respeto a la identidad, las características étnicas y los valores de cada cultura de las y los adolescentes, concibiendo que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración, articulación y convivencia entre culturas” (MINSA Documento Técnico Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú 2017: 1-15).

3.5. VARIABLES E INDICADORES

Preguntas Específicas	Variables
¿Los profesionales que brindan información sobre salud sexual y reproductiva respetan la cultura de los adolescentes?	<ul style="list-style-type: none"> * Capacitación del personal de salud en la cultura de los adolescentes. * Satisfacción de los adolescentes
¿Los adolescentes acuden al centro de salud de su jurisdicción a recibir información sobre salud sexual y reproductiva y cuál es la relación que se entabla con los profesionales de la salud?	<ul style="list-style-type: none"> * Uso del centro de salud por parte de los adolescentes en busca de información sobre salud sexual y reproductiva. * Satisfacción de los adolescentes * Preparación profesional y relaciones interpersonales en la información de salud sexual y reproductiva
¿Los servicios que brinda el centro de salud están adecuados culturalmente al adolescente?	<ul style="list-style-type: none"> * Percepción de los profesionales de la salud. * Satisfacción de los adolescentes
¿Cuáles son las limitaciones en la cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud dirigido a los adolescentes?	<ul style="list-style-type: none"> * Percepción de los profesionales de la salud.

FUENTE: Elaboración propia

Variables	Indicadores
Capacitación del personal de salud en la cultura de los adolescentes.	Porcentaje de profesionales del centro de salud capacitados en la cultura de los adolescentes durante el año en curso.
	Grado de capacitación del personal de salud en la cultura de los adolescentes.
Uso del centro de salud por parte de los adolescentes en busca de información sobre salud sexual y reproductiva y relación que se entabla con el profesional de la salud	Numero de atendidos en el centro de salud
	Frecuencia de concurrencia al centro de salud
	Tipo de rol que cumple el centro de salud hacia la comunidad
	Tipo de Relaciones interpersonales establecido entre el adolescente y el profesional de la salud
	Tipo de comunicación que establece el profesional de salud con los adolescentes
Satisfacción de los adolescentes	Grado de satisfacción con el servicio prestado en el centro de salud.
	Grado de satisfacción sobre información en salud sexual y reproductiva que imparte el centro de salud.

	Grado de valoración en la orientación sobre información que brinda el profesional de salud.
	Grado de percepción sobre el respeto a la cultura del adolescente en el centro de salud.
	Grado de valoración en la atención que brinda el profesional de salud.
	Grado de satisfacción en la calidad de prestación de servicios que brinda el centro de salud.
Percepción de los profesionales de la salud	Grado de percepción de los profesionales de la salud sobre las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud.

FUENTE: Elaboración propia

3.6. Técnicas e instrumentos y/o fuentes de recolección de datos

Las técnicas de recolección de información a detallar están en función del tipo de información que se requiere recoger, es por ello que se abarcara considerando la metodología mixta, por tanto, la información a recoger es cualitativa y cuantitativa.

METODOLOGIA MIXTA	TECNICAS	INSTRUMENTOS
Cualitativo	Entrevista semiestructurada	Guía de entrevista

Cuantitativo	Revisión documental de atendidos por el centro de salud	Matriz documental
Cuantitativo	Revisión documental de profesionales capacitados en temas de interculturalidad.	Matriz documental
Cuantitativo	Encuesta	Cuestionario
Cualitativo	Observación	Registro y grabación Ficha de registro
Cualitativo	Grupo focal	Guía de grupo focal Registro y grabación
Cualitativo	Notas de campo	Cuaderno de campo

FUENTE: Elaboración propia

3.7 Validación de los instrumentos

Evaluar la fiabilidad de los instrumentos utilizados para la investigación.

Metodología:

Se aplicaron 4 fichas de la guía de entrevista a los adolescentes del distrito de Ayacucho, quienes fueron contactados a través de la visita domiciliaria, explicándoles la finalidad de la entrevista, el objetivo del proceso de validación de la información y las instrucciones para participar en el mismo. A cada participante se le entregó la guía de entrevista con las preguntas, el tiempo empleado para el desarrollo de la guía de entrevista aproximadamente fue de 40 minutos.

Se estimó la consistencia inter-observador para cada ítem calculando la proporción de acuerdos observados entre los participantes, en este análisis se pudo observar que existe cierto desconcierto sobre el tema tratado ya que de por sí hablar sobre salud sexual y reproductiva implica cierta vergüenza por considerarla un tema tabú del cual no se puede

hablar con normalidad causando en los participantes, vergüenza, risas de por medio, otro de los factores que se pudo observar es que dentro de la zona un 30% de la población domina más el idioma quechua y 70% tanto el quechua como el castellano y al momento de interactuar con los participantes se tuvo cierta dificultad, para ello se contó con la participación de un interlocutor quien les explicaba acerca de la dinámica para responder a las diferentes preguntas elaboradas dentro de la guía de entrevista.

Dentro de las preguntas aplicadas se tuvo problemas de interpretación por parte de los entrevistados ya que estas fueron elaboradas teniendo en cuenta cierto grado de instrucción de la población ya que en muchas de ellas se aplicaron preguntas técnicas de poco entendimiento para los participantes.

Resultados:

Se evaluaron diez guías de entrevista, cierto grupo de los participantes en el proceso no tenían experiencia en la realización de la entrevista, solo únicamente dos de los diez conocían el procedimiento, la mediana de los tiempos medios empleados por cada participante fue de 38,8 minutos (percentiles 25 y 75: 32,5 y 82,5).

Cronograma

Con relación al cronograma de trabajo, se tuvo que realizar cierta modificación principalmente en la aplicación de los instrumentos de recojo de información ya que estuvo programado para ser elaborado para octubre del 2018 pero por razones de fuerza mayor como: la poca participación de los adolescentes pero esto logro mejorarse, sobre todo en la comunicación y confianza de mi persona como entrevistador con los adolescentes del distrito, a partir de ello hubo mayor interés en participar en la aplicación de encuestas por parte de los adolescentes.

Es importante mencionar que el acompañamiento para con sus labores académicas, comunicación que tienen los adolescentes por parte de sus padres de familia es casi nula.

Dentro de los problemas principales que dificultaron la aplicación de los instrumentos de recojo de información figuran:

La poca disponibilidad de tiempo por parte de los adolescentes para tratar estos temas ya que debían priorizar actividades intrafamiliares como el de realizar labores domésticas dentro de la casa, también se debió a una limitada comunicación y confianza entre mi persona como entrevistador y los adolescentes del distrito de Ayacucho.

Poca disponibilidad de la institución educativa para poder brindarnos los ambientes necesarios para la aplicación de los instrumentos de recojo de información.

Limitada participación de los padres de familia en el desarrollo de la aplicación de los instrumentos de recojo de información.

la revisión y la retroalimentación se llevó a cabo por medio de la interacción entre el entrevistador y los adolescentes del distrito de Ayacucho, quienes han proporcionado la información necesaria para poder conocer muy de cerca la realidad de su distrito en relación a la identificación de los factores que influyen en el programa de salud sexual y reproductiva destinada atender a adolescentes en busca de información especializada sobre salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta la utilización de las diferentes técnicas de recolección de información, utilización de fuentes bibliográficas, revisión documental de atendidos por la posta de salud, la guía de entrevista, la encuesta, la guía de observación, entre otros.

Durante el mes de diciembre 2018, se prosiguió realizando la aplicación de los instrumentos de recojo de información, para luego poder elaborar el documento final.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos de datos

Los resultados descriptivos que se describen a continuación fueron obtenidos mediante la aplicación de encuestas, Observación, Grupo Focal, entrevistas semiestructuradas (individuales y grupales), dirigidas a adolescentes, profesional de la salud, informantes claves en el centro de Salud Los Licenciados perteneciente al Distrito de Ayacucho, Provincia de Huamanga Departamento de Ayacucho así como del análisis documental con el que cuenta la Red de Salud Huamanga (RSH) y la Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA), el marco normativo ha sido otro de los elementos fundamentales para la recopilación de la información.

4.1.1. Profesionales de la salud capacitados en la cultura de los adolescentes del Centro de Salud Los Licenciados

Tabla 1

Nivel de Capacitación del Personal de Salud en la Cultura de los

Adolescentes, 2018

Nivel de capacitación profesional de salud	F	%
Nula	2	1
Incipiente	17	9
Emergente	76	41
Crecimiento	82	45
Desarrollada	8	4
Total	185	100

Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

Desde la percepción de los adolescentes se observa en la tabla 5, con respecto al nivel de capacitación del personal de salud en la cultura de los adolescentes, se evidencia que el 1% de los adolescentes usuarios indican que la capacitación del

personal de salud en la cultura de los adolescentes es nula, el 9% indican incipiente, 44% emergente, 45% en crecimiento y 4% desarrollada. Es decir, la mayoría de los usuarios adolescentes consideran, que los profesionales están en proceso de adaptación en temas de interculturalidad, la cual es una relación dinámica de comunicación e interacción entre el profesional de la salud y el adolescente, que se reconocen como distintos y, a la vez, aceptan que ninguno de ellos está por encima del otro tal lo cual en este caso no se da.

Respuesta del profesional de la salud 1:

“P.H. Gálvez (comunicación personal, 13 de julio, 2019), personal de salud, señala, (.....) antes de finalizar el año la Red de Salud Huamanga provee de recursos económicos para los respectivos centros de salud a fin de poder ser utilizados para pasantías y capacitaciones de no ser utilizado dicho presupuesto se revierte al órgano competente, es así que el año 2018 todo el personal del centro de salud, nos trasladamos al centro de salud de Quinua a fin de obtener una capacitación en “Orientación y consejería con enfoque de género e interculturalidad” así como experiencia de campo en el respectivo centro de salud, pero muchas veces este tipo de actividad no es productivo ya que es visto esta actividad con otros fines que no es exactamente el de capacitación, como el de viajar para recabar boletas de venta a fin de sustentar sus viáticos por concepto de alimentación, pasaje y otros. Así como el de hacer turismo ya que los compañeros de trabajo se trasladan con sus familiares y solo únicamente asisten al centro de salud por minutos para la respectiva fotografía para evidenciar su asistencia a la respectiva capacitación, no logrando el objetivo central de dicha actividad”.

Debo señalar que a través de la Resolución Directoral N°004-2017-ENSAP/MINSA, se aprueba el curso “Salud Intercultural” en la modalidad autoformativo virtual por la

Escuela Nacional de Salud Pública, la cual estuvo dirigida a fortalecer las capacidades del personal del MINSA y Gobiernos Regionales (DIRESA) para la prestación de servicios de salud en contextos multiculturales, la existencia de equidad y respeto mutuo conduce al camino para que se pueda pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo.

La cual está orientada a la constatación de la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo, estas culturas cohabitan, pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles, siendo es este caso los adolescentes. En los casos en que exista equidad y respeto mutuo se puede pasar de la multiculturalidad al multiculturalismo (Jimenez y Malgesini 1997:15)

El resultado evidencia al margen de la capacitación a los profesionales de la salud del departamento de Ayacucho que no existe un respeto a la cultura de los adolescentes tales como, la costumbre, idiosincrasia, creencias, formas de pensar, identidad sexual, etc.

En tal sentido, los trabajadores del Centro de Salud Los Licenciados no se viene capacitando adecuadamente en los enfoques de genero e interculturalidad que se encuentran establecidos en el documento técnico: Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en la cual se planifica sobre la base de la cultura comunal, sus valores y concepciones relacionadas a la salud y la enfermedad. Dicho documento técnico ejecuta el modelo de los cinco pasos:

1. Establecer una relación cordial;

2. identificar necesidades de la usuaria/o;
3. responder a las necesidades;
4. verificar la comprensión;
5. mantener la relación.

El cual no viene cumpliéndose en el caso presentado, existe evidencia suficiente para afirmar, que no hay una buena capacitación de los profesionales de salud en temas de cultura e interculturalidad para un trato adecuado a los usuarios, por lo tanto, el conflicto cultural sigue siendo un elemento estructural del país.

Tabla 2

Conocimiento del Profesional de Salud sobre la Cultura del Adolescente

Conocimiento	F	%
Conoce	56	30,3
Conoce algunos aspectos	12	6,5
No conoce	117	63,2
Total	185	100

Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 30,3 % de los adolescentes usuarios indican, que el profesional del Centro de Salud “Los Licenciados” conocen la cultura del adolescente, el 6,5% señalan que conoce algunos aspectos y el 63% de los adolescentes usuarios indican que no conocen en absoluto. Es decir, el mayor porcentaje de adolescentes usuarios señalan que los profesionales del Centro de Salud no conocen su costumbre, creencias, formas de pensar, religión, identidad sexual, identidad personal, etc. Los profesionales de la salud no toman en consideración el enfoque de interculturalidad el cual está basado en un dialogo, donde ambas partes se escuchan, respetan sus particularidades e individualidades. Tal situación ocurre porque, los técnicos

(tecnócratas) que han diseñado el Plan Multisectorial para la prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 lo han elaborado teniendo la cosmovisión eurocentrista, tomando en cuenta experiencias occidentales exitosas, sin tomar en consideración la idiosincrasia local, los jóvenes tienen su propia particularidad cultural, dentro de los cuales podemos mencionar sus hábitos, costumbres, estilos de vida, modo de ser y de actuar, las cuales difieren totalmente de la cosmovisión de diferentes países. Muchas de las sociedades están construidas para personas “normales” las cuales responden al paradigma de la homogeneidad. Tenemos que entender que el Perú es un país con una diversidad cultural muy rica, los jóvenes de la región de Ayacucho tienen su propia particularidad. La cultura de los adolescentes de la sierra tiene sus propias características, el estudio diferenciado de unidades sociales y culturales, es importante para entender su especificidad de cada una de ellas con relación a otras, de la misma forma es básico remontarnos a los antepasados para entender su comportamiento y manera de pensar, en ello radica la importancia de conocer nuestro pasado para explicar el presente y proyectarnos hacia el futuro tal como lo asegura Rodrigo Montoya Rojas.

La política de reconocimiento es un desafío en sociedades democráticas como las de Estados Unidos y Canadá. Charles Taylor (2000) cree que:

“El reconocimiento político de la particularidad cultural que se extiende a todos es compatible como una forma de universalismo que considera entre sus intereses básicos la cultura y el contexto cultural que valoran los individuos.

- *El reconocimiento público de nuestra identidad requiere de una política que nos dé margen para deliberar públicamente.*
- *Las instituciones públicas no deben negarse a responder a las exigencias de reconocimiento de sus ciudadanos.*
- *Se requiere la protección de los derechos básicos de los individuos. El reconocimiento de las necesidades particulares de los individuos se realiza en tanto son miembros de grupos culturales específicos”. (Taylor 2000)*

Los habitantes del ande se diferencian entre ellos, ya sea por el nivel educativo, estilos de vida, actividades económicas que desarrollan, la visibilización de las minorías (comunidades campesinas) y el respeto por los derechos son elementos indispensables en la relación entre cultura y desarrollo, esta visibilización forma parte del proceso de identidad social y nacional.

La importancia del reconocimiento es hoy universalmente válida en una u otra forma. En un plano íntimo, somos conscientes de como la identidad puede ser bien o mal formada en el curso de nuestras relaciones con los otros. En el plano social, contamos con una política ininterrumpida de reconocimiento igualitario. Ambos planos se formaron a partir del creciente ideal de autenticidad, y el reconocimiento desempeña un papel esencial en la cultura que surgió en torno a este ideal. El reconocimiento igualitario que debe existir entre el adolescente y el profesional de la salud es aquel que ignora las diferentes identidades existentes en la sociedad, es el modo pertinente para una sociedad democrática. Su rechazo puede causar daños a aquellos a quienes se les niega. La proyección sobre otro de una imagen inferior o humillante al estándar social exigido puede en realidad deformar y oprimir hasta el grado en que esa imagen sea internalizada. Esta condición de ser distinto se ha pasado por alto; ha sido asimilada por una identidad dominante o mayoritaria. (Taylor 2000)

Y esta asimilación es contraria al ideal de autenticidad. Por tanto, no se puede concebir la distinción de ciudadanía de primera clase y segunda clase como ocurre en nuestro país, siendo los más afectados las poblaciones vulnerables encontrándose dentro de este grupo los adolescentes.

4.1.2. Uso del centro de Salud Los Licenciados por parte de los adolescentes en busca de información sobre salud sexual, reproductiva y relación que se entabla con los profesionales de la salud.

Tabla 3

Frecuencia de Concurrencia al Centro de Salud “Los Licenciados” por los Adolescentes

Frecuencia de concurrencia	F	%
Mensual	6	3
Cada 6 meses	13	7
Cada 8 meses	15	8
Cada un año	87	47
Más de un año	34	18
Cuando está mal	32	17
Total	185	100

Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

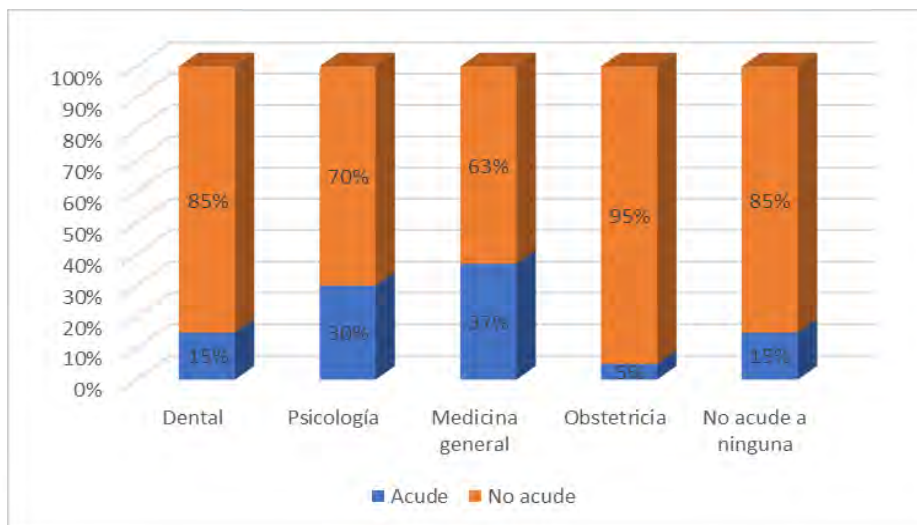
El 3% de los adolescentes acuden al centro de salud mensualmente, 7% cada seis meses, 8% cada ocho meses, 47% cada un año, 18% más de un año, 17% cuando está mal de salud, esta situación es alarmante más aun en los adolescentes esto es corroborado por Hidalgo Vicario (2004) quien sostiene que existe una serie de barreras que limitan el acceso del adolescente a los servicios sanitarios como: burocratización del sistema, falta de una adecuada atención por parte del profesional; el adolescente no sabe a dónde acudir, el adolescente niega o infravalora sus problemas, el joven no conoce los recursos sanitarios y además existe falta de coordinación entre estos, el adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar⁵³. En relación a lo manifestado por Hidalgo Vicario se debe poner énfasis a la falta de una adecuada atención por parte del profesional ya que en el Centro de Salud Los Licenciados el personal médico, así como la obstetra carecen de tiempo para una adecuada atención al adolescente se ha observado que los profesionales trabajan en diferentes nosocomios médicos tanto públicos como

⁵³ Hidalgo Vicario MI. Atención Integral del adolescente. Revisión Crítica. XVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Periater Integral. 2004; 7 (especial): 76-84.

privados por lo que no existe la disponibilidad de tiempo para tratar al adolescente, a ello debemos sumarle a la carente capacidad de escucha e interés del profesional de la salud.

Figura 1

Servicio al que Acuden Más los adolescentes del Centro de Salud “Los Licenciados”



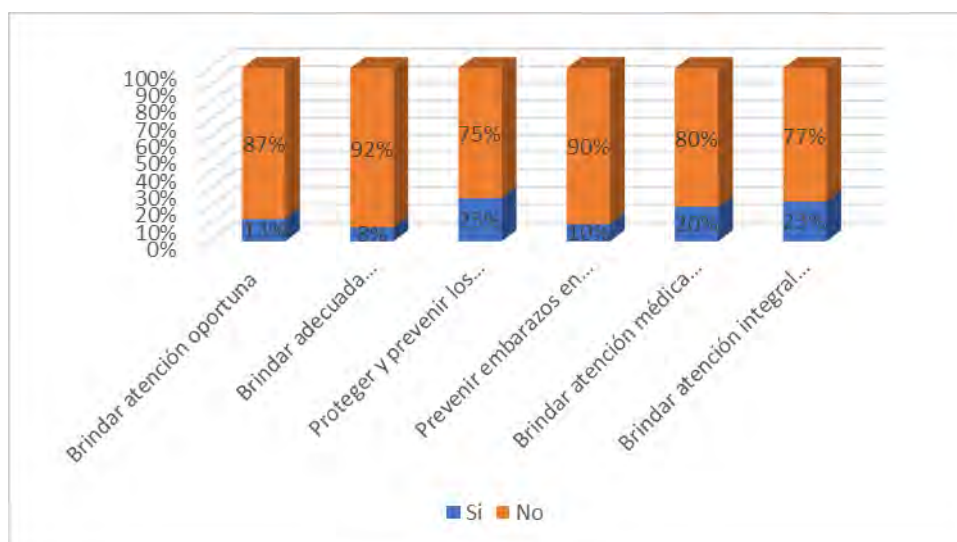
Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 15% de los adolescentes usuarios acuden más al servicio dental, 30% al servicio de psicología, 37% a medicina general, 5% a obstetricia y 15% no acude a ninguno de los servicios, el servicio encargado de brindar lo estipulado por el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes es el servicio de obstetricia, evidenciando que solo acude un 5% de los sujetos de derecho (adolescentes) el motivo por el cual solo acude ese porcentaje es debido a diversos factores tal como señala la asociación Kallpa y Chirapaq los cuales alertan que los establecimientos de salud: niegan la atención a los adolescentes, así como las consultas son atendidas en espacios precarios y en muchos otros casos se encuentran inoperativos, el centro de Salud Los Licenciados cuenta con categoría nivel I-4, cuenta con una sala de hospitalización, el servicio de obstetricia no se

encuentra adecuado culturalmente para la atención de adolescentes, como si se encuentran otros establecimientos de salud como en la provincia de Churcampa (Huancavelica).

Figura 2

Rol que Cumple el Centro de Salud “Los Licenciados” hacia la Comunidad



Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

Los adolescentes entrevistados indican con un 13% que el centro de salud debe cumplir su rol de brindar atención oportuna a los usuarios, 8% indica que se debe brindar orientación adecuada, 25% señala que se debe proteger y prevenir los riesgos de salud de la comunidad, 10% sostiene que se debe prevenir los embarazos no planificados en adolescentes a través de charlas, el 20% sostiene que se debe brindar atención médica a los más necesitados y el 23% indica que es necesario la atención integral en salud.

Tabla 4

Relación del Profesional de Salud con los Adolescentes

Relación	F	%
Adecuada	74	40,0

Regular	15	8,1
No confía en el profesional que atiende	96	51,9
Total	185	100

Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 40 % de los adolescentes usuarios indican, que el profesional del Centro de Salud “Los Licenciados” tienen relaciones interpersonales de manera adecuada, el 8,1% señalan que es regular y el 51,9% de los adolescentes consideran no es buena, por lo que, no confía en el profesional que atiende. Se observa que el mayor porcentaje del adolescente usuarios señalan que los profesionales del Centro de Salud no tienen buena relación interpersonal, se evidencia, cierta discriminación, maltrato, no se evidencia una escucha con asertividad e integralmente sobre sus necesidades de salud.

La convivencia entre el profesional de la salud y los adolescentes exige tolerancia en el sentido de aceptar aquello que es diferente. Esta tolerancia puede significar un menoscabo de las expectativas y una disminución de las creencias en la bondad o superioridad propia. La actitud tolerante que debe primar en el profesional de la salud debe estar orientada a comprender al otro desde su realidad. La actitud intolerante que se manifiesta en el profesional de la salud rechaza al adolescente ya sea en su totalidad o en algunos aspectos esenciales de su vida como puede ser sus hábitos, costumbres, etc.

Respuesta de la adolescente 2:

“J.H.Quispe (comunicación personal, 12 de junio, 2018), adolescente de 15 años de edad de la institución educativa los “Licenciados”, con respecto del servicio de Obstetricia del Centro de Salud Los Licenciados, manifestó su incomodidad respecto al maltrato por parte de una Obstetra, quien se encontraba de turno el mismo día en horas de la mañana en el servicio de obstetricia, ya que la adolescente al

consultarle respecto al método anticonceptivo que era más conveniente para poder ser aplicado, la profesional de la salud no le prestó atención ya que se encontraba hablando por teléfono, por lo cual Juana decide retirarse del servicio a lo que la profesional de salud decide cerrar la puerta del servicio en mención, la adolescente es quechua hablante por lo que la obstetra tuvo un calificativo denigrante hacia la adolescente llamándola motosa y solicitándole que se comunique en español por lo que tuvo que llamar a la técnica en enfermería que también era quechua hablante para poder comunicarse con la adolescente, la técnica en enfermería realizaba la labor de interlocutora, sumado a esta situación la obstetra no le facilito ningún método anticonceptivo a la adolescente a razón de ello la adolescente acudió al Área social en busca de una solución”.

En tal sentido la relación de convivencia que se establece entre el profesional de la salud y sujeto de derechos (adolescente) es necesario contar con normas comunes de regulación del espacio, responsabilidades y reglas de juego que deben de ser desarrolladas por todos (profesionales de la salud y adolescentes), la cual en este momento no existe en el Centro de Salud Los Licenciados.

Tabla 5

Características de la comunicación que se establece entre el Profesional del Centro de Salud “Los Licenciados” con los Adolescentes.

Comunicación	F	%
Comunicación del profesional	68	36,8
Comunicación de algunos profesionales	30	16,2
No existe comunicación	87	47,0
Total	185	100,0

Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 36,8 % de los adolescentes usuarios indican, que existe comunicación adecuada entre el profesional del Centro de Salud “Los Licenciados”, el 16,2% señalan que existe comunicación adecuada de algunos profesionales de salud y el 47% de los adolescentes usuarios indican que **no existe comunicación adecuada**, no existiendo así una relación de intercambio, horizontalidad, aceptación, respeto, reciprocidad entre personas con culturas diferentes. Se observa que el mayor porcentaje del adolescente usuarios señalan que los profesionales del Centro de Salud no tienen una comunicación adecuada, por la razón que los profesionales de salud no hablan el idioma quechua y que la mayoría de los sujetos de derecho son quechua hablantes, a ello se debe de señalar lo planteado por Cerrón Palomino quien considera que las lenguas indígenas se encuentran amenazadas por el aumento importante de la alfabetización (solo en castellano), la revolución de los medios de comunicación, desvalorando la importancia de la lengua quechua.

Esta información es corroborada por la tesis doctoral “Planificación de familias quechuas: subjetividades, desigualdades y parentesco en el programa nacional de planificación familiar” de la University College London, Reino Unido; la cual señala en sus resultados con relación al idioma que algunos profesionales de salud no hablan quechua con fluidez, primordialmente aquellos que estaban realizando el Servicio Rural Urbano Marginal el Salud (SERUMS) y que no habían recibido capacitación; en el Centro de Salud Los Licenciados durante el periodo 2018 se contaba con personal que venía realizando su SERUMS, siendo profesionales de: medicina general, odontología, enfermería, obstetricia y laboratorio, y muchos de estos profesionales provenían de otros departamentos del Perú, tal es el caso del médico general así como la obstetra que pertenecían al departamento de Ica quienes no hablan ni entienden el idioma quechua.

El profesional de la salud no solo debe comunicarse en el idioma quechua, sino que también debe conocer la idiosincrasia, identidad sexual, costumbres, etc. De los

adolescentes. En tal sentido, es importante conocer la cultura andina y su cosmovisión para entender los patrones culturales de los adolescentes, así como su interrelación dentro de su comunidad, cada cultura adquiere de manera consciente e inconsciente costumbres particulares, las cuales se han ido transmitiendo de generación en generación es por ello que la cultura es la suma de la parte cognoscitiva y genética tal como sostiene el biólogo (Pagel, 2016).

El Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 ha sido diseñado teniendo en consideración a una población homogénea mas no para una población heterogénea como es la sociedad peruana, que se caracteriza por ser pluricultural y multilingüe, cohabitando dentro de nuestro territorio grupos etnolingüísticos como los quechuas, aymaras, ashaninkas, shipibos, uro-chipaya, jibaro, entre otros. Estas minorías como los adolescentes se encuentran invisibilizadas, no son admitidas, son excluidas o son ignoradas por la sociedad convencional promedio que tiene una imagen de sí misma, en una política de salud sexual y reproductiva, los adolescentes no pueden ser ignorados. Sus derechos deben ser reconocidos. Su aporte puede ser potencialmente positivo si es reconocido y tomado en cuenta.

Es necesario hacer mención que el surgimiento de los estados modernos a partir del siglo XVI condujo a la búsqueda de la unificación de las poblaciones por parte de las casas reales, las burocracias y otros grupos dominantes. Se consideró que las culturas particulares constituían un obstáculo para esa unificación. En la formación de los estados modernos se aspiró a que cada estado sea una **nación** organizada. Se creó la idea de **estado nación**, un estado con una única tradición cultural, y esa tendencia a veces coercitiva, perseguía la eliminación de lo particular en beneficio de lo general; a ello debemos de señalar lo planteado por Hugo Neira quien sostiene: “El Perú dista mucho de la nación burguesa triunfante en Europa, aquella que alcanzó el “**Estado de**

bienestar”, hoy en crisis lamentablemente. Pero es la afirmación de que los peruanos nos detestamos profundamente, la que evidencia de que estamos aún muy lejos de construir una nación fundada en el respeto, compromiso, solidaridad y búsqueda de igualdad”⁵⁴. Lo señalado por Hugo Neira es reforzada también por Gonzalo Portocarrero, quien refiere: “la idea de nación se enraíza específicamente en la fraternidad, en la existencia de un deber moral para con los otros; un deber llamado a convertirse en una costumbre, en un principio cuya validez se da por descontado. Reconocer la dignidad del otro, guardarle una actitud de respeto y simpatía: ese otro es como yo, y me identifico con él, es como mi pariente. Nos unen muchas cosas. Compartimos antepasados, costumbres y tradiciones, y la voluntad de vivir como iguales, ayudándonos, de acuerdo a ley”⁵⁵. Portocarrero afirma que el Perú es un país que se encuentra en construcción por las circunstancias que vivimos, finalmente es importante señalar que los profesionales de la salud del Centro de Salud Los Licenciados no vienen estableciendo mecanismos de comunicación con el adolescente, existiendo barreras como la lengua, cosmovisión que impiden una adecuada comunicación.

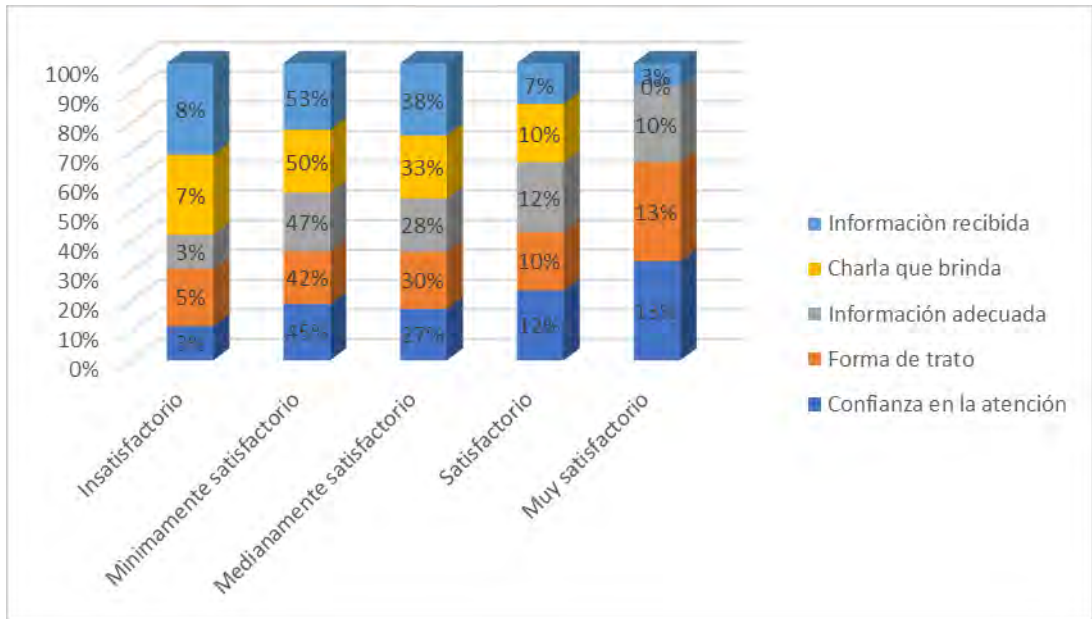
4.1.3. Opinión de los adolescentes sobre las limitaciones en la implementación del servicio en el centro de salud “Los Licenciados”.

Figura 4

Satisfacción de los Adolescentes Usuarios con el Servicio Prestado en el Centro de Salud “Los Licenciados”

⁵⁴ Neira, Hugo, “¿Qué es nación?”. Fondo editorial de la universidad San Martín de Porres. Lima, 2013.

⁵⁵ Portocarrero, Gonzalo. La urgencia por decir “nosotros”. Los intelectuales y la idea de nación en el Perú republicano. Fondo Editorial de la PUCP. Lima, 2015.



Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

Con respecto a la **información recibida**, el 8% de los adolescentes indican su insatisfacción, el 53% de adolescente señalan que se encuentran mínimamente satisfechos con la información proporcionada por el profesional de la salud siendo este porcentaje el mayor, 38% medianamente satisfactorio, 7% satisfactorio y 3% muy satisfactorio; sobre ello se desprende que el 53% de adolescentes se siente mínimamente satisfecho respecto a la información que recibe en el Centro de Salud Los Licenciados ya que al momento de acudir a las instalaciones del Centro de Salud no hay una persona que se encargue de orientar al adolescente, facilitando de esta manera que el adolescente pueda dirigirse al servicio que requiera de esta forma el adolescente estaría satisfecho de la información que recibe por parte del personal del Centro de Salud Los Licenciados.

Sobre las **charlas que brinda** el personal de salud, es desarrollado por el profesional del servicio de obstetricia el 7% de los adolescentes indican su insatisfacción, mientras que el 50% manifiestan que se encuentran mínimamente satisfechos con las charlas ya que el personal únicamente atiende en consultorio mas no se realiza charlas a nivel de los extramuros en ambientes fuera del Centro de Salud

Los Licenciados como: barrios, colegios, parques donde existe una masiva concurrencia de los adolescentes y si realizan los extramuros únicamente lo realizan una vez por año.

Con respecto a la **información adecuada** que brindan las obstetras en relación al Plan Multisectorial para la prevención y control del embarazo en adolescentes manifiestan con un 3% su insatisfacción total respecto a la información que brindan las obstetras en temas de planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos, entre otros, seguido el 47% de adolescentes se consideran mínimamente satisfechos, siendo el porcentaje mayor ya que al momento de acudir al centro de salud muchas veces el profesional no brinda una adecuada orientación al adolescente siendo este por el tecnicismo utilizado y en otras ocasiones por no manejar el idioma del quechua que es una barrera en la comunicación, el 28% de adolescentes se siente medianamente satisfactorio, 12% satisfactorio y 10% muy satisfactorio.

En la **forma de trato** del personal de servicio, el 5% de los adolescentes indican su insatisfacción, el 42% mínimamente satisfactorio siendo este porcentaje el mayor ya que el profesional de salud del Centro de Salud Los Licenciados no brinda un adecuado trato a los adolescentes que se traduzca a través de un trato con empatía, originando que los adolescentes no se sientan a gusto con la atención que reciben por parte del centro de salud; 30% medianamente satisfactorio, 10% satisfactorio y 13% muy satisfactorio.

Finalmente, en la **confianza** que genera en la atención del personal de salud, el 3% de los adolescentes indican su insatisfacción, el 45% mínimamente satisfactorio este porcentaje refleja que el profesional de salud al momento de la atención al adolescente no llega a brindarle la seguridad, confianza para que el adolescente pueda comentarle los hechos sucesos que viene ocurriéndole en su vida diaria, y que esté relacionada a su madurez reproductiva, utilización de métodos anticonceptivos, el 27% de los adolescentes se sienten medianamente satisfactorio, 12% satisfactorio y 13% muy

satisfactorio. A continuación, se presenta la respuesta más resaltante del segundo adolescente:

Respuesta de la adolescente 3:

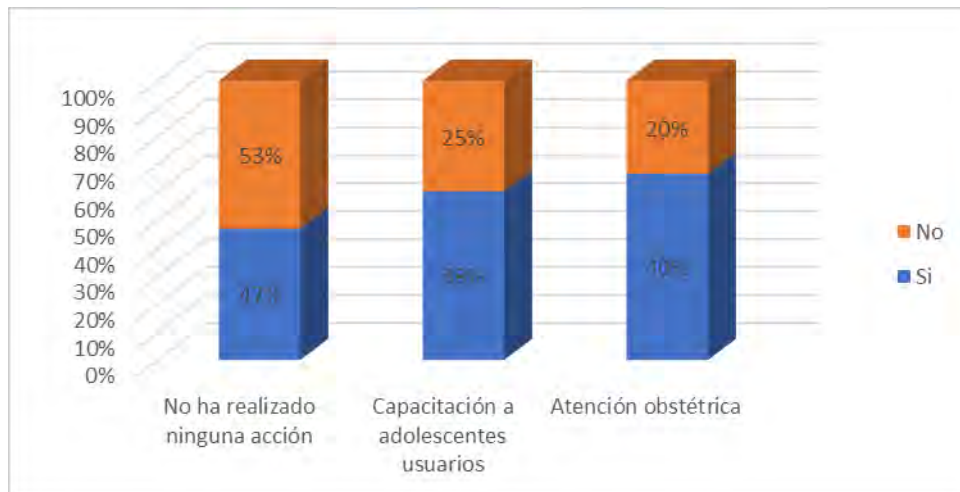
“(.....) aquí el profesional que atiende, muestra cara muy seria y no da confianza, no le presta atención pareciera que no le interesa, la mayoría son adultos más que dar confianza me dan miedo, no trata bien y son muy aburridos”.

En la figura 4, se evidencia que la mayoría de los adolescentes usuarios están mínimamente insatisfechos con el servicio y la atención prestada en el centro de salud “Los Licenciados” del distrito de Ayacucho. Es decir, los profesionales de salud no brindan un adecuado servicio, no se relaciona adecuadamente con los adolescentes usuarios, no están debidamente capacitados y que el centro de salud no cuenta con profesionales debidamente especializados y esta información es corroborada por la Asociación Kallpa (2019), la cual sostiene que en el departamento de Ayacucho, los servicios de salud evaluados en esta región dan a conocer que “el 50% no funciona, está cerrado o la persona en cargada no se encontraba al momento de hacer la inspección. Además, el equipo médico que atiende en estos centros indicó que no recibieron ningún tipo de capacitación durante los últimos años” (Kallpa 2019).

Finalmente se afirma categóricamente que, en el centro de salud, no hay una adecuada prestación de servicios, existe bajo nivel de capacitación de profesionales en temas de cultura y la interculturalidad, bajo nivel de capacitación.

Figura 5

*Acciones Realizadas en el Centro de Salud “Los Licenciados” sobre
Información de salud sexual y reproductiva*

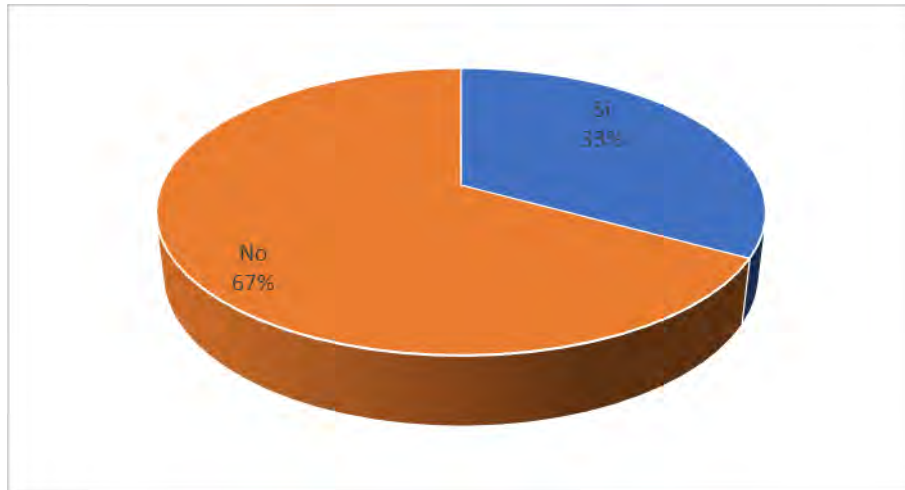


Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 53% de los adolescentes usuarios indican que el centro de salud en relación a la información sobre salud sexual y reproductiva no ha realizado ninguna acción, el 38% indican que ha realizado capacitación a los usuarios en condición de extramuros, los extramuros se vienen programando 01 vez al año y las zonas focalizadas son los centros educativos dentro de la jurisdicción del Centro de Salud se encuentra la Institución Educativa Pública de nivel secundario “Los Licenciados”, siendo el colegio el espacio geográfico donde se entabla la comunicación entre el adolescente y el profesional de la salud, estos extramuros benefician a los adolescentes ya que reciben atención en la especialidades de odontología, psicología, obstetricia, medicina general, enfermería, trabajo social; el 40% indica que el servicio de obstetricia capacitó sobre salud sexual y reproductiva a través de los extramuros como al interior del Centro de Salud. Como se evidencia más de la mitad de los adolescentes consideran que el centro de Salud no viene realizando acciones en relación a la información sobre salud sexual y reproductiva y los extramuros son muy pocos y la cobertura solo es a nivel de la Institución Educativa mas no a nivel de los barrios, asentamientos humanos, lozas deportivas, entre otros.

Figura 6

Satisfacción de Información sobre Salud Sexual y Reproductiva impartida por el Centro de Salud “Los Licenciados” del Distrito de Ayacucho, 2018

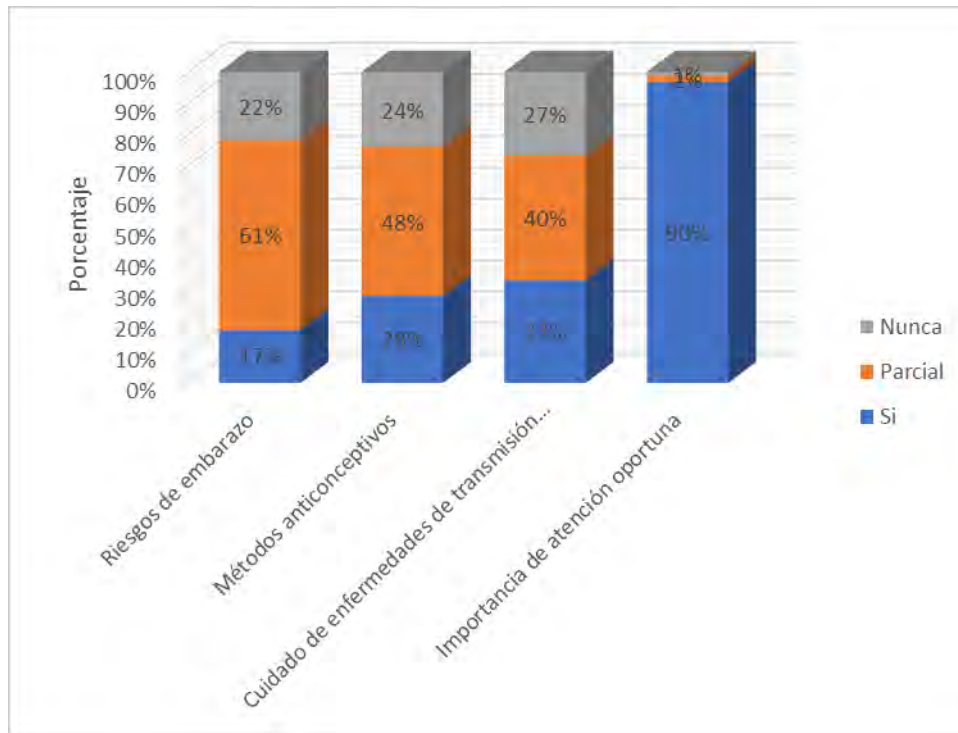


Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 67% de los adolescentes usuarios indican que la información brindada sobre salud sexual y reproductiva no es satisfactoria, la información brindada fue más por la obstetra y pocas veces por otros profesionales. Las orientaciones de mayor frecuencia fueron sobre riesgo de embarazo, métodos anticonceptivos, cuidado de las enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 6

Valoración en la orientación al Adolescente sobre información que brinda el Profesional de Salud en el Centro de Salud “Los Licenciados”



Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios, 2018.

El 1% de los adolescentes usuarios señalan que los profesionales de salud realizan acciones de orientaciones sobre riesgo de embarazo, 61% de manera parcial y 20% indican nunca realizaron; con respecto del uso de métodos de anticonceptivos el 28% de los adolescentes precisan que realizaron acciones de orientación, el 28% de manera parcial y 24% indican nunca realizaron la orientación; en el cuidado de enfermedades de transmisión sexual, el 33% de los adolescentes afirman que realizan orientación de manera adecuada, 40% de manera parcial y el 27% nunca realizaron la charla; por otra parte 99% de los adolescentes indican que es importante la atención de los profesionales de salud a fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios, el 2% señalan que podría ser y 1% indican no es necesario, frente a ello podemos señalar que para los adolescentes si es importante la participación de los profesionales de la Salud a fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios, son conscientes de la importancia y el rol que cumplen los profesionales dentro de la sociedad.

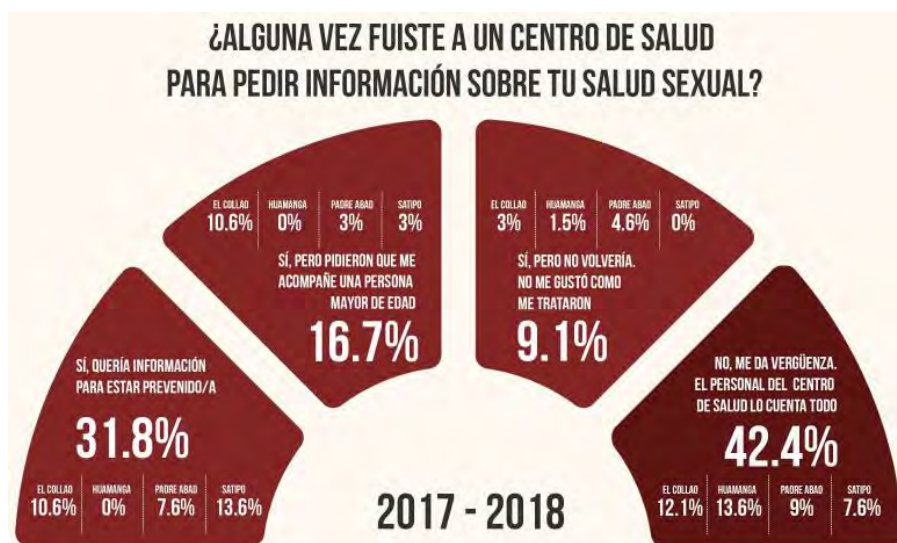
Dicha información es contrastada por el informe elaborado por Chirapaq (2016), el cual recoge:

La respuesta de adolescentes de Ayacucho, Junín, Puno y Ucayali pertenecientes a los pueblos Quechua, Asháninka, Kacataibo y Aimara. Los resultados confirman, una vez más, que el derecho de acceso a la atención médica en salud sexual y reproductiva no está garantizado. Según Crirapaq, solo el 31% de adolescentes indígenas fueron alguna vez a un centro de salud para pedir información sobre salud sexual. Mientras que el 42,4% respondió que no acudió a ningún servicio porque “el personal de salud lo cuenta todo”. Asimismo, el 16,7% que acudió a los establecimientos no pudieron ser atendidos porque el personal de salud les pidió acudir con una persona mayor de edad. Esta exigencia incumple con la Norma Técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud que, desde el 2016, establece que las y los adolescentes pueden acudir sin compañía adulta a partir de los 14 años. El 9,1% de adolescentes indígenas restantes, precisaron que sí acudieron a los centros médicos pero que no volverían porque no les gusto el trato que recibieron. (Chirapaq 2016)

A continuación, se presenta el testimonio de uno de los adolescentes:

Respuesta de la adolescente 7:

“(…) la atención no es frecuente en el centro de salud, los profesionales de salud que trabajan no están debidamente capacitados, no hay un buen trato y además todo lo que le digo le comenta a mi hermano mayor.”



Fuente: Encuesta a adolescentes indígenas – Elaboración: Chirapaq, 2018.

Tabla 7

Respeto a la Cultura del Adolescente en la Atención en el Centro de Salud “Los Licenciados”

Respeto	F	%
Si	87	47
No	98	53
Total	185	100

Fuente: Datos de la entrevista a los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados”, 2018

El 53% de los adolescentes usuarios del Centro de Salud “Los Licenciados” del distrito de Ayacucho, indican que los profesionales de salud no respetan la cultura de los adolescentes en la atención que brinda sobre información de salud sexual y reproductiva y 47% de los adolescentes indican que si respetan. Dicho resultado evidencia la débil convicción de los profesionales de la salud respecto a la capacitación con pertinencia en el tema de la cultura del adolescente, no cumpliendo lo establecido por el documento técnico “Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva aprobada por el Minsa mediante

Resolución Ministerial N°278-2008/MINSA, dejando de lado la consejería de salud sexual y reproductiva sobre la base del respeto a las tradiciones culturales de los adolescentes, es decir de acuerdo a este documento técnico el profesional de la salud debe de disponer de materiales educativos comunicacionales, información verbal en lenguaje comprensible para el sujeto de derecho (adolescente) .

Tabla 8

Grado de valoración en el Nivel de Atención del Profesional de Salud

Nivel de atención	Información		Capacidades	
	F	%	F	%
Muy mal	3	1	8	4
Mal	90	43	86	41
Regular	90	43	70	33
Bueno	23	11	30	14
Muy bueno	3	1	15	7
Total	209	100	209	100

Fuente: Datos de encuesta al adolescente usuario

En la tabla 8, sobre el nivel de información del profesional de salud, el adolescente señala: 1% de los adolescentes usuarios indican que es muy mal la información que brinda el profesional de la salud, el 43% de los adolescentes sostiene que es mal, 43% regular, 11% bueno y 1% muy bueno esto evidencia que los adolescentes no se sienten satisfechos con la información recibida por el profesional de la salud.

Con respecto a las capacidades de atención de los profesionales de salud, el 4% de los adolescentes indican muy mal, 41% mal, 33% regular, 14% bueno y 7% muy bueno. Es decir, mayoría de los adolescentes señalan que no es bueno tanto la información como las capacidades del profesional de la salud para instruir sobre salud sexual y reproductiva, no identifican mecanismos de participación de los adolescentes, establece inadecuadamente la interacción a través de dinámicas interrogativas y no incorporan propuestas nuevas en el desarrollo de actividades.

Respuesta de la adolescente 6:

“(…) para mejorar la atención en el centro de salud deberían implementar, con mayores profesionales por área, superar la limpieza del centro de salud, mayor equipamiento en el centro de salud, mayor uso de tecnología por los profesionales, atención las 24 horas, mayor paciencia en la atención, así como la visita domiciliar y apoyo con charlas, mejor trato y empatía a los usuarios, y mayor abastecimiento con medicamentos”.

Casi todos los entrevistados adolescentes usuarios señalan que es muy importante la información que brinda en el centro de salud y es importante la presencia del profesional para la mejora la salud.

Respuesta de la adolescente 5:

“(…) no hay una adecuada información, la información que brinda no es actualizada respecto al tema sobre salud sexual y productiva, no hay una infraestructura adecuada y falta limpieza, existe regular preparación por parte de los profesionales de salud y no existe una adecuada orientación al momento de brindar la información”.

Existen suficientes evidencias para afirmar que no es buena la calidad de prestación de servicios en el centro de salud “Los Licenciados” del distrito de Ayacucho, referidos en la información de salud sexual y reproductiva y esto posteriormente conllevara a que el adolescente no acuda a dicho centro de salud a su vez esto conllevara a un embarazo en adolescentes, tal como manifiesta:

El Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud (MINSA), quien entre 2015 y lo que va del 2019, se ha empadronado a más de 5 mil recién nacidos cuyas madres tenían menos de 14 años, incluyendo niñas menores de 10 años.

Arnillas presidente de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la pobreza (MCLCP), alerta que “se presenta una brecha entre las cifras de los embarazos, los partos y nacimientos ocurridos en los establecimientos de

salud, públicos y privados del país. Este amplio sub registro de casos aumentaría considerablemente las cifras oficiales. La MCLCP informo que los reportes anuales del Sistema Integral de Salud (SIS), al menos 5 niñas de 14 años o menos dan a luz a un hijo/a cada día producto de la violencia sexual. (Wayka 2019)

“Existen barreras culturales y sociales que inciden en la alta prevalencia del embarazo en adolescentes niñas. El estigma, la falta de prevención de la violencia sexual y el limitado acceso a la educación son factores que ponen a las niñas en una situación mayor de vulnerabilidad frente al embarazo”⁵⁶.

“El fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA) estima que el 2% de las mujeres latinoamericanas tuvieron su primer parto antes de los 15 años. Durante el 2016, 60 mil 690 niñas menores de 14 años se convirtieron en madres, en América Latina” (Wayka 2019)

Tabla 10

Calidad de Prestación de Servicios del Centro de Salud los Licenciados del Distrito de Ayacucho, 2018

Prestación de servicios	F	%
En desacuerdo	60	32
No opina	119	64
De acuerdo	6	3
Total	185	100

Fuente: Datos de encuesta a los adolescentes usuarios

En la tabla 9 se observa, que en nivel de prestación de servicios del centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho, sobre la información de salud sexual y reproductiva es satisfactorio para un 3%, no opinan 64% y en desacuerdo un 32%, según opinión de los usuarios adolescentes. Es decir, mayoría de los usuarios adolescentes están insatisfechos con la calidad de prestación de servicios de centro de salud.

⁵⁶ Wayka.pe. Graciela Tiburcio Loayza. Consulta 29 de mayo 2019. <https://wayka.pe/mas-de-5-mil-ninas-obligadas-a-ser-madres-en-los-ultimos-cuatro-anos/>

<https://wayka.pe/mas-de-5-mil-ninas-obligadas-a-ser-madres-en-los-ultimos-cuatro-anos/>

Respuesta de la adolescente 11:

“(....) la atención no es frecuente en el centro de salud, para poder sacar una cita médica tengo que madrugar desde las 4:00 am de la mañana, hacer mi cola para poder conseguir una cita médica”.

Respuesta de la adolescente 12:

“(....) el centro de salud no cuenta con la cantidad necesaria de personal médico para la respectiva atención a nosotros”.

Respuesta de la adolescente 13:

“(....) no cuenta con los instrumentos necesarios para la atención en el servicio de obstetricia, al momento de brindar una charla solo utilizan laminas que no entiendo (...)”

4.1.4. Opinión de los Profesionales de la salud sobre las limitaciones en el cumplimiento del marco normativo que impiden la implementación del servicio en el centro de salud “Los Licenciados”.

Es necesario mencionar que el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021 es una política social ejecutada por el gobierno peruano que surge como respuesta a las necesidades de los sujetos de derecho (adolescentes) que hasta el siglo XIX la intervención estatal sobre lo social no existía. La acción del estado estaba reducida a la policía, la diplomacia, la defensa y expansión militar; los orígenes de la política social y de desarrollo “se remontan a las ultimas décadas del siglo XIX en Europa, donde nacen con el objetivo de moralizar la economía liberal, a fin de evitar las injustas consecuencias sociales de la revolución industrial” (Marshall). La cuestión social aparece y da lugar a los dilemas del desarrollo (Welfare State) desde allí hay una búsqueda del bienestar social, institucional y organizada, donde prima el estado de derecho y sobre todo los derechos de los ciudadanos a partir de ese momento

surgen una gama de programas sociales y se conceptúa de manera diferente el desarrollo, la cual ya no es concebida únicamente desde el aspecto económico, generándose un nuevo concepto de desarrollo tal como lo plantea Nussbaum incorporando el término de dignidad humana para poner en el centro del concepto de desarrollo y lo contrapone al enfoque que entiende de desarrollo como crecimiento del PBI, Nussbaum sostiene: “Lo que he hecho a lo largo de los años es desarrollar lo que se conoce como el enfoque del desarrollo humano, o el enfoque de las capacidades. Se trata de un enfoque que sostiene que el crecimiento económico, medido por el

PIB per cápita, no es suficiente para evaluar la calidad de vida nacional” (Nussbaum 2012:1). Según Nussbaum el enfoque del PIB no considera como tema la desigualdad y la distribución de recursos, es decir genera brechas en lo que se ha venido llamando la igualdad de oportunidades. Nussbaum resalta el concepto de dignidad humana. Por el que el desarrollo se centra en las personas: “la gente no lucha por la renta nacional, lucha por una vida con sentido para ellos mismos. Al desarrollar una lista de las capacidades humanas centrales, que afirmo son los requisitos mínimos de una vida conforme a la dignidad humana, he tratado de dar cuerpo a estas ideas y de sugerir algunas metas concretas para todas las naciones”.(Nussbaum 2012:2) a ello se debe sumar la **legitimidad** que toda política social debe de tener para ser reconocida por los sujetos de derecho (adolescentes) tal como menciona José Sulbrant manifestando que el enfoque de gerencia social solo se puede lograr con intervención de programas y políticas que consideren, la participación de los distintos actores, lo que supone la existencia de condiciones democráticas básicas que permiten llegar a acuerdos (Sulbrant 2018).

Si bien la constitución política del Perú no reconoce expresamente el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas, “sin embargo establece una serie de derechos intrínsecamente relacionados a este, para ello debemos hacer mención al derecho a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, derecho a la vida, a la

integridad física y mental, a la libertad de conciencia a la libertad de información, a la intimidad personal entre otros”(Constitución Política del Perú 1993); la constitución tipifica a través del Artículo 6° “La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el estado debe asegurar el óptimo desarrollo de los programas de educación y la información adecuada y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud (....)”

“La Ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres es la única norma con rango de ley que reconoce expresamente la existencia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En ella se señala que es obligación del poder ejecutivo, gobiernos regionales y locales de adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud” (Ley N°28983 Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres 2007), “con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente y en particular el derecho a la maternidad segura”.

Si bien la citada norma establece y hace énfasis en el artículo 6° inciso J “garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna, de acuerdo a Ley”. La norma formal se encuentra establecida pero muchas veces no es acatada por el personal que labora en los establecimientos de salud, tal es el caso del Centro de Salud Los Licenciados.

De la misma forma podemos citar que mediante Ordenanza Regional N°029-2011-GRA/CR, el Gobierno Regional de Ayacucho reconoce el embarazo en Adolescentes como un problema de salud pública, para lo cual ordena la implementación de políticas de prevención de embarazo en adolescentes, también podemos hacer mención más específicamente a la Resolución Ministerial N°278-2008/MINSA, aprobado por el Ministerio de Salud respecto al documento técnico

“Adecuación cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva” a fin de que sea un documento que contribuya en “forma decisiva en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, considerando, la equidad de género, la interculturalidad en la diversidad social, cultural y étnica de nuestro país y el respeto irrestricto a los derechos humanos”(MINSA Resolución Ministerial N°278-2008/MINSA, aprueba el documento técnico “Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva” 2008).

Respuesta del director del centro de salud:

“(....) El centro de Salud Los Licenciados cuenta con la categoría 1-4 por tal motivo cuenta con camas de internamiento, este centro recibe a madres gestantes de los diferentes establecimientos de menor categoría de acuerdo a su jurisdicción, el centro de salud Los Licenciados recién a partir de este año viene ejecutando el acceso a los servicios diferenciados para adolescentes (**SDA**) el cual es una política de Estado cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud de las y los adolescentes, la norma técnica de atención integral de la salud en la etapa de vida adolescente; su óptimo funcionamiento es importante en las regiones consideradas con altos índices de violencia escolar, sexual y embarazo en niñas y adolescentes como lo es Ayacucho, pero debido a temas presupuestales no cuenta con la cantidad necesaria de personal médico asistencial para cubrir la demanda de los usuarios, de la misma forma se viene gestionando ante la Dirección Regional de Salud Ayacucho (DIRESA) la dotación no solo presupuestal sino también de equipamiento pero hasta la fecha no se tiene ninguna respuesta al respecto (...)

En tal sentido el Centro de Salud Los Licenciados viene incumpliendo el documento técnico: Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en la cual se planifica sobre la base de la cultura comunal, sus valores y concepciones relacionadas a la salud y la enfermedad. Para su ejecución se aplica el

modelo de los cinco pasos: Establecer una relación cordial; identificar necesidades de la usuaria/o; responder a las necesidades; verificar la comprensión; mantener la relación. El cual se ha incumplido por el caso presentado.

El estado domina los cuerpos, dicta normas a cada ciudadano o ciudadana acerca de que hacer o no hacer con su cuerpo. Esta normatividad es reforzada por las religiones, antes la develación de temas sexuales estaba prohibida o eran ocultados, con el transcurrir de las décadas el reconocimiento de la sexualidad como parte de la vida y a la consideración de su ejercicio en todas sus modalidades, como un derecho ciudadano. En el Perú priman los valores y las prácticas de la iglesia católica, la iglesia considera pecado la actividad sexual extramatrimonial. Llama a sus miembros a no practicar la masturbación, la fornicación (actividad sexual ilícita), el adulterio, la pornografía, la prostitución, la violación, los actos homosexuales y los métodos anticonceptivos.

En la mayor parte de países de la región se han formulado políticas y programas nacionales de educación sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes, y en menor medida se han emprendido esfuerzos para la puesta en marcha de servicios de salud diferenciados para adolescentes. Sin embargo, la implementación ha sido mayormente deficiente, incompleta o ha carecido de presupuesto (CEPAL 2010b, CLADEM 2010).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. No hay una buena capacitación de los profesionales de salud en temas de cultura e interculturalidad para un trato adecuado a los usuarios (adolescentes), el conflicto cultural sigue siendo un elemento estructural del país, por lo tanto los trabajadores del Centro de Salud Los Licenciados no se vienen capacitando adecuadamente tomando los enfoques de género e interculturalidad que se encuentran establecidos en el documento técnico: Adecuación cultural de la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva en la cual se planifica sobre la base de la cultura comunal, los adolescentes entrevistados manifiestan que los profesionales de la salud no respetan su cultura.
2. Los adolescentes usuarios indican que la información brindada en el Centro de Salud Los Licenciados sobre salud sexual y reproductiva no es buena, la información brindada fue más por la obstetra y pocas veces por otros profesionales. Las orientaciones de mayor frecuencia fueron sobre riesgo de embarazo, métodos anticonceptivos, cuidado de las enfermedades de transmisión sexual así mismo indicaron que nunca le dieron la charla de forma adecuada.
3. Se evidencio que el Centro de Salud Los Licenciados carece de un equipo multidisciplinario de profesionales, “el déficit de una infraestructura que brinde ambientes cálidos, privados y con horarios adecuados a las agendas de las y los adolescentes, dificulta el correcto funcionamiento de los Servicios Diferenciados de Adolescentes (SDA) y que puedan atender temas urgentes de salud sexual y reproductiva” (Chirapaq 2016).
4. Los adolescentes usuarios indican que el profesional de salud del Centro de Salud Los Licenciados no se relaciona adecuadamente, la relación es inadecuada, los profesionales de salud no dan confianza para contar los problemas de salud que tienen, en conclusión, no hay una adecuada prestación de servicios.

Los adolescentes usuarios del Centro de Salud Los Licenciados manifiestan que no acuden al nosocomio medico por las siguientes razones: tienen vergüenza, porque no se enferma habitualmente, no tienen seguro, no brindan una atención con paciencia, la atención no es inmediata, no encuentra cita médica, así como no hay información oportuna sobre salud sexual y productividad.

5. El Centro de Salud Los Licenciados viene incumpliendo la Resolución Ministerial N°278-2008/MINSA, mediante el cual se aprueba el documento técnico “Adecuación cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”. En tal sentido la norma formal se encuentra establecida pero muchas veces no es acatada por el personal que labora en el establecimiento de salud por falta de habilitación presupuestal para la contratación de personal, utilización de ambientes e infraestructura adecuada para la prestación de servicios en atención al marco normativo establecido.

El aporte de la gerencia social a mi investigación está relacionada a replantear y mejorar la atención establecida dentro del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021 con equidad, eficacia, eficiencia, igualdad de género y diversidad cultural dirigida a los adolescentes en el Centro de Salud Los Licenciados.

La gerencia social permite un trabajo articulado para la gente y con la gente:

- Para la gente: la política en materia de salud sexual y reproductiva debe ser elaborada tomando en cuenta el bien común (valor público) que los adolescentes se beneficien y puedan acceder a los servicios que brinda el Plan Multisectorial para la prevención del embarazo en adolescentes 2012-2021, de la misma forma la política impartida debe buscar reafirmar, ampliar, defender el derecho a la salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes en el centro de Salud Los Licenciados, la gerencia social busca garantizar la vida digna, el desarrollo humano para los adolescentes.
- Con la gente: la política debe ser elaborada con participación activa de los sujetos de derecho (adolescentes), esto permitirá dar legitimidad al Plan, construir propuestas viables y transformadoras con la participación de los propios actores involucrados, de la misma forma la política debe contener una propuesta de cambio en la gestión de la política para que los adolescentes usen los servicios implementados por el Plan Multisectorial para la prevención de embarazo en adolescentes 2012-2021 en el Centro de Salud Los Licenciados y así mejoren su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

- Se debe dar prioridad a la capacitación de los profesionales de salud en temas de cultura e interculturalidad, multiculturalidad para una adecuada prestación de servicios que permita un trato adecuado a los usuarios (adolescentes), de esta forma romper las barreras del idioma, tomando en consideración los enfoques de género e interculturalidad.
- La información que brinda el Centro de Salud Los Licenciados sobre salud sexual y reproductiva debe ser impartida no solo únicamente por el profesional de la especialidad de obstetricia sino por el equipo multidisciplinario tomando en consideración el enfoque transversal al momento de impartir sus charlas de capacitación en temas de salud sexual y reproductiva.
- El Centro de Salud Los Licenciados por ser de categoría IV, debe de contar con un equipo multidisciplinario de profesionales, así como una adecuada infraestructura, otorgando ambientes cálidos, privados y con horarios adecuados a las agendas de las y los adolescentes.
- El profesional de salud del Centro de Salud Los Licenciados debe de relacionarse adecuadamente con el adolescente, brindando información clara y adecuada respecto a la salud sexual y reproductiva, de igual forma las charlas que realizan deben ser oportunas y con mayor frecuencia, la forma de tratar a los adolescentes debe ser con amabilidad y paciencia, la confianza que se le debe de brindar al adolescente debe de ser optima, tomando en consideración la empatía.
- El Centro de Salud Los Licenciados debe de cumplir con lo establecido en la Resolución Ministerial N°278-2008/MINSA, mediante el cual se aprueba el documento técnico “Adecuación cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”. La DIRESA al igual que la Red de Salud Huamanga debe de asignar en forma oportuna el presupuesto requerido para la contratación de personal, construcción de ambientes para una óptima prestación de servicios.

BIBLIOGRAFÍA

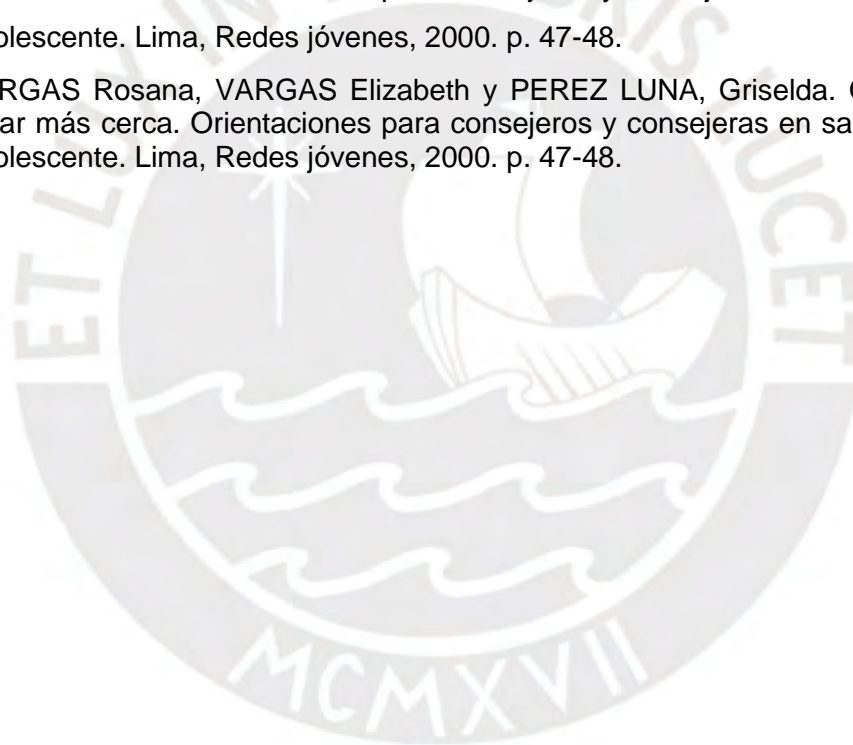
- Abramovich, Víctor (2006b). "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo", Revista de la CEPAL, n° 88, Santiago, abril, pp. 35-50.
- ASAMBLEA GENERAL DE LA NACIONES UNIDAS, 1981, Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 03 de setiembre.
- ASAMBLEA GENERAL DE LA NACIONES UNIDAS, 1995, Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 15 de setiembre.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1966, Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales, 03 de enero.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1989, Convención de los Derechos del Niño, 20 de noviembre.
- ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1989, Convención de los Derechos del Niño, 20 de noviembre.
- CACERES, Carlos. La reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) Sexual(es) y salud sexual entre los Jóvenes de Lima a la vuelta de milenio. Lima, REDESS jóvenes, 1999. p. 111.
- CACERES, Carlos. La reconfiguración del Universo Sexual. Cultura(s) Sexual(es) y salud sexual entre los Jóvenes de Lima a la vuelta de milenio. Lima, REDESS jóvenes, 1999. p. 111.
- CARNEIRO, Robert, EICS 1974. En: White Leslie. Evolution and Revolution in anthropology. University of Nebraska, 2004 Pags. 229-230.
- CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTAN: MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como practica ciudadana de las mujeres. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003. p.57
- CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTAN: MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como practica ciudadana de las mujeres. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003. p.57
- CENTRO DE LA MUJER PERUANA, FLORA TRISTAN: MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. Los consensos de El Cairo. Monitoreo como practica ciudadana de las mujeres. Lima, Centro de la Mujer Peruana, Flora Tristán; Movimiento Manuela Ramos; 2003. p.57
- CEPAL-OPS, Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe, Pág.04, Naciones Unidas 2020.
- CONGRESO DE LA REPUBLICA, 2000, Ley N°27337. Ley que aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes, Lima, 07 de agosto.
- CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS, 1988, Protocolos de San Salvador, 17 de noviembre.

- Convención sobre los derechos del Niño. Asamblea general de las Naciones Unidas, Artículo 1,20 de noviembre de 1989.
- Convención sobre los derechos del Niño. Asamblea general de las Naciones Unidas, Artículo 1,20 de noviembre de 1989.
- Defensoría del Pueblo. Resolución Defensorial N° 28-2000/DP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 15 de mayo del 2000. Primer considerando.
- Defensoría del Pueblo. Resolución Defensorial N° 28-2000/DP. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 15 de mayo del 2000. Primer considerando.
- DURKHEIM, Émile. La división del trabajo social. Buenos Aires: Ediciones Lea, 2013
- EL PERUANO 2020 “Presupuesto Histórico”, El Peruano. Lima, 06 de octubre 2020, <https://elperuano.pe/noticia-presupuesto-historico-100391.aspx>.
- FLORES, C.E (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de los adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de la Salud Publica 18(6), 111.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA (2006). Población, desigualdad y políticas públicas: un diálogo político estratégico, Caracas, UNFPA.
- Guendel, Ludwig y otros. 1997. La política social con un enfoque de derecho. En Revista Espacios, No. 10. San José, Costa Rica.
- Guendel, Ludwig. 1999. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. UNICEF-Costa Rica, San José.
- Guendel, Ludwig. 1999. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. UNICEF-Costa Rica, San José.
- Güendel, Ludwing (2000). “La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos. La búsqueda de una nueva utopía”, en Sergio Reuben, comp., Política social: vínculo entre Estado y sociedad, San José, Costa Rica, UCR, pp. 169-218.
- HABERMAS, Jürgen. La inclusión del otro, estudios de teoría política. Barcelona: Paidós, 1999.
- Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2005: hagamos de la competitividad una oportunidad para todos. Lima, Perú: PNUD, 2005.p.124.
- Las mujeres en el Perú en cifras/ en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>.
- Las mujeres en el Perú en cifras/ en línea/ adolescentes (consultado el 01 de noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.flora.org.pe/mujercifras.htm>.
- LENZ Rony y ALVARADO Betty (2007). Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú. pp.11-65.
- LINDOMAR Boneti. Políticas Publicas Por Dentro. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Mercado de Letras, 2017.
- LINTON Ralp. El estudio del hombre. México: Fondo de Cultura Económica, 2012. Carlos Jiménez y Graciela Malgesini. Guía de conceptos sobre migraciones racismo e interculturalidad. Ed. La cueva del oso. Madrid.1997.
- MALINOWSKI, B. Una teoría científica de la cultura y otros ensayos. Buenos Aires: Edhasa 1970.

- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES, 2012, Decreto Supremo N°001-2012-MIMP. Que aprueba el “Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2020” y constituye Comisión Multisectorial encargada de su implementación, Lima, 20 de abril.
- Ministerio de Salud (2005): Norma Técnica de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar .Lima-Perú.
- Ministerio de Salud (2005): Norma Técnica de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima-Perú.
- MINISTERIO DE SALUD, 2005, Resolución Ministerial N°107-2005/MINSA. Que aprueba el documento técnico “Lineamientos de Política de Salud de los/las Adolescentes”, Lima, 14 de febrero.
- MINISTERIO DE SALUD, 2005, Resolución Ministerial N°633-2005/MINSA. Que aprueba la norma técnica N°034-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente”, Lima, 22 de agosto.
- MINISTERIO DE SALUD, 2006, Resolución Ministerial N°290-2006/MINSA. Que aprueba el “Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”, Lima, 20 de marzo.
- MINISTERIO DE SALUD, 2007, Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA. Que aprueba el “Plan Nacional Concertado de Salud”, Lima, 20 de julio.
- MINISTERIO DE SALUD, 2016, Resolución Ministerial N°652-2016/MINSA. Que aprueba la norma técnica N°124-2016-MINSA-V.01: “Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar”, Lima, 31 de agosto.
- MINSA, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, Pág.13, Lima Perú 2005.
- MINSA, Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes, Pág.13, Lima Perú 2005.
- MINSA. Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima 2004.
- MINSA. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021. Lima 2011. 40 pp.
- MINSA-MINISTERIO DE SALUD, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima – Perú, pp. 1-25. Consulta: 25 de marzo de 2012.
- MINSA-MINISTERIO DE SALUD, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima – Perú, pp. 1-25. Consulta: 25 de marzo de 2012.
- MINSA-MINISTERIO DE SALUD, “Salud de los y las adolescentes peruanos”. Lima 2010. Boletín informativo N°1.

- Moral J.M. La juventud como reconstrucción social: análisis desde psicología social de la adolescencia. Revista electrónica iberoamericana de psicología social. AS 933-1998/ en línea/ disponible en / www.psico.unionvl.es/ consultado el 05 de diciembre de 2016.
- Moral J.M. La juventud como reconstrucción social: análisis desde psicología social de la adolescencia. Revista electrónica iberoamericana de psicología social. AS 933-1998/ en línea/ disponible en / www.psico.unionvl.es/ consultado el 05 de diciembre de 2016.
- Norma técnica para la atención integral de salud de los/las adolescentes, Pág. 13, Lima, Perú. 2005.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. A Picture of Health. Ginebra, 1995.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. A Picture of Health. Ginebra, 1995.
- PAGEL Mark. Wired for culture. Londres, Reino Unido: Pinguin Bookd, 2012. Mark Pagel es jefe del Laboratorio de Evolucion en la Division de Zoologia, Escuela de Ciencias Biológicas y es miembro de la Royal Society en el Reino Unido. Es redactor jefe de la Enciclopedia sobre la evolución de Oxford.
- Perú. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES continúa 2004-2005. Informe principal Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Septiembre 2006.
- 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.
- RED NACIONAL DE EDUCACIÓN SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA JÓVENES, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima 2010.
- RED NACIONAL DE EDUCACIÓN SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA JÓVENES, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima 2010.
- RED NACIONAL DE EDUCACIÓN SALUD SEXUAL Y EDUCACIÓN PARA JÓVENES, “Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas”. Lima 2010.
- Rodríguez, Juan Carlos y Josh Lerner (2007). “¿Una nación de democracia participativa? Los Consejos Comunales y el Sistema Nacional de Planificación en Venezuela”, Revista SIC, n°693, abril, caracas, pp. 115-126.

- Tesis de ORIHUELA MUNIVE, Jenny Jannet “Conocimiento, actitudes y practicas sobre sexualidad asociado al embarazo en adolescentes de instituciones educativas de la provincia de Huancayo-2013” (completar las fuentes que corresponde lugar, país)
- Tesis de REMUZGO HUAMAN, Sara Emilia “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 Huaycan. Periodo 2005 al 2008. (completar las fuentes que corresponde lugar, país)
- TYLOR, Edward. Burnett. Antropología: introducción al estudio del hombre y de la civilización. Barcelona: Alta Fula, 1987. Tylor fue uno de los fundadores de la antropología cultural.
- VARGAS Rosana, VARGAS Elizabeth y PEREZ LUNA, Griselda. Guías para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente. Lima, Redes jóvenes, 2000. p. 47-48.
- VARGAS Rosana, VARGAS Elizabeth y PEREZ LUNA, Griselda. Guías para estar más cerca. Orientaciones para consejeros y consejeras en salud integral adolescente. Lima, Redes jóvenes, 2000. p. 47-48.



Anexos

Número de adolescentes del distrito de Ayacucho que acuden al centro de salud .

1. ¿Ud. acude al centro de salud los licenciados?

Si:

- ¿De qué servicio se ha visto beneficiado dentro del centro de salud los licenciados?
.....
.....
- ¿le han brindado información sobre salud sexual y reproductiva?
.....
.....
- ¿A cargo de quienes estuvo promovida la información?
.....
.....
- ¿Cada cuánto tiempo acude a su centro de salud en busca de información especializada sobre salud sexual y reproductiva?
.....
.....
- ¿Cuáles fueron las principales orientaciones del especialista de salud concerniente a salud sexual y reproductiva?
.....
.....

No:

- ¿Por qué motivos no acude al centro de salud los licenciados?
.....
.....
- ¿le han brindado información sobre salud sexual y reproductiva?
.....
.....

2. ¿Por qué considera Ud. importante el servicio que brinda el centro de salud los Licenciados?

.....
.....

.....
.....
3. **¿Cómo concibe Ud. la atención que se brinda en el centro de salud los licenciados?**

.....
.....
.....
.....

4. **¿Qué condiciones se deberían implementar para una mejor atención en el centro de salud?**

.....
.....
.....
.....

5. **¿Qué acciones ha desarrollado el centro de salud en relación a la información sobre salud sexual y reproductiva?**

.....
.....
.....
.....

6. **¿Qué rol cumple el centro de salud los Licenciados dentro de su comunidad?**

.....
.....
.....
.....

7. **¿Conoce los servicios que brinda el centro de salud los licenciados?
¿Podría decirnos cuales son estos servicios?**

.....
.....
.....

8. **¿Podría contarnos, cuál es el servicio al que más acude?**

.....
.....
.....

9. **¿Considera Ud. que es de suma importancia el centro de salud dentro del distrito? ¿Cuáles son los servicios a los que Ud. acude?**

.....
.....

.....
.....

10. ¿Considera Ud. importante la atención de los profesionales de salud?

.....
.....
.....
.....

11. ¿Considera Ud. que es importante la información impartida por los profesionales de salud respecto a salud sexual y reproductiva?

.....
.....
.....
.....

Grado de utilización del centro de salud por parte de los adolescentes como centro de información en salud sexual y reproductiva.

12. ¿Los adolescentes acuden al servicio de planificación familiar en busca de información respecto a salud sexual y reproductiva?

.....
.....
.....

13. ¿Considera Ud. importante la asistencia de los adolescentes al servicio de planificación familiar?

.....
.....
.....
.....

14. ¿realizan campañas extramurales para captar mayor afluencia de jóvenes a su servicio?

.....
.....

.....
.....

GUÍA DE ENTREVISTA

POBLACIÓN A LA QUE SE APLICARA: Adolescentes del distrito de Ayacucho.

% de profesionales de la salud del centro de salud los Licenciados capacitados en la cultura de los adolescentes durante el año en curso.

15. ¿Los profesionales de la salud que brindan información sobre salud sexual y reproductiva lo hacen respetando su cultura?

.....
.....
.....
.....

16. ¿Considera Ud. Que el profesional se comunica de manera adecuada con los jóvenes?

.....
.....
.....
.....

17. ¿Considera Ud. Que el profesional de la salud conoce adecuadamente acerca de su cultura.

.....
.....
.....
.....

% de profesionales de la salud del centro de salud los Licenciados capacitados en la cultura de los adolescentes durante el año en curso. (profesionales de la salud)

18. ¿Ud. Como profesional de la salud ha recibido capacitación por parte del MINSA en temas de interculturalidad durante el presente año?

.....
.....
.....
.....

19. ¿Considera importante la capacitación en temas de interculturalidad para un mejor entendimiento con los adolescentes.

.....
.....
.....

Grado de valoración de los adolescentes sobre la forma en que se relaciona el personal de salud con ellos

20. ¿Qué opina acerca de la forma en que el personal de salud, se relaciona con los adolescentes?

.....
.....
.....
.....

21. ¿Considera Ud. que la presencia de un profesional de la salud es importante dentro del distrito de Ayacucho?

.....
.....
.....
.....
.....

22. ¿Considera Ud. que el profesional de salud le brinda la confianza debida al momento de la atención? ¿Podría aclararnos esto?

.....
.....
.....
.....

23. ¿Qué opina Ud. de la forma de cómo llega a relacionarse el profesional de la salud con los adolescentes?

.....
.....
.....
.....
.....

Grado de valoración sobre la información en salud sexual y reproductiva que brinda el centro de salud, por parte de los adolescentes.

24. ¿Considera Ud. que la información sobre salud sexual y reproductiva que recibe por parte del centro de salud es adecuada?

.....
.....
.....
.....

25. ¿Ud. Valora la capacitación brindada por los profesionales de la salud respecto a salud sexual y reproductiva?

.....

26. ¿Considera Ud. que la información sobre salud sexual y reproductiva es importante para usted? Indique un ejemplo.

.....

ENCUESTA

POBLACIÓN A LA QUE SE APLICARA: Adolescentes del distrito de Ayacucho.

Grado de valoración de los adolescentes sobre la forma en que se relaciona el personal de salud con ellos

27. Califique la atención del centro de salud

Tipo de hábitos	Inc- (i) ⁵⁷	Emer(e) ⁵⁸	Cre c(c) ⁵⁹	Des (d) ⁶⁰	Nula ⁶¹ (n)
Considera Ud. que los profesionales de la salud por lo general brindan un adecuado servicio.					
Considera Ud. que por lo general el centro de salud cuenta con profesionales debidamente especializados.					
Considera Ud. que los profesionales de la salud se relaciona adecuadamente con usted					
Considera Ud. que los profesionales de la salud están debidamente capacitados					

⁵⁷Incipiente: Hábito apenas perceptible en el joven adolescente

⁵⁸Emergente: Hábito que se nota ya forma parte de las característica del joven adolescente

⁵⁹Crecimiento: Hábito en constante cambio positivo en el joven adolescente

⁶⁰Desarrollada: Hábito instalado como característica del joven adolescente

⁶¹ Nula: Hábito que no es posible de observar.

Considera Ud. que por lo general existe una adecuada interrelación con el profesional de la salud					
Considera Ud. que por lo general el gobierno local considera importante promover el empoderamiento de la comunidad.					

% de actores locales según nivel en que califican su colaboración eficiente entre pares y otros actores locales

28. Manifieste su conformidad o disconformidad con los siguientes enunciados acerca de la prestación de servicio del centro de salud los Licenciados del distrito de Ayacucho.

Niveles de colaboración	En desacuerdo	No opina	De acuerdo
La atención dentro del centro de salud los Licenciados es frecuente.			
Los profesionales de la salud están debidamente capacitados			
Existe una adecuada interrelación entre el profesional de la salud y el joven adolescente			
Existe un adecuado conocimiento por parte del joven respecto a salud sexual y reproductiva			
La atención del centro de salud es la más óptima dentro de la región			
La colaboración de los jóvenes facilita el adecuado entendimiento sobre salud sexual y reproductiva proporcionada por los profesionales de la salud.			

Grado de utilización del centro de salud por parte de los adolescentes como centro de información en salud sexual y reproductiva.

29. Manifieste su conformidad o disconformidad con los siguientes enunciados acerca de la utilización del centro de salud por parte de los adolescentes en busca de información especializada sobre salud sexual y reproductiva.

Valores que aportan una adecuada utilización del centro de salud	En desacuerdo	No opina	De acuerdo
Considera Ud. que por lo general			

los profesionales de la salud con su actuación brindan una adecuada información en salud sexual y reproductiva.			
Considera Ud. que por lo general el centro de salud brinda una adecuada atención en temas de salud sexual y reproductiva.			
Considera Ud. que por lo general los profesionales de la salud con su actuación demuestran respeto hacia su cultura.			
Considera Ud. que por lo general los profesionales de la salud con su actuación expresan su compromiso por velar la salud de los ciudadanos del distrito de Ayacucho.			

% de profesionales de la salud del centro de salud Los Licenciados capacitados en temas de interculturalidad durante el año en curso.

30. Califique la capacitación de los profesionales de la salud en la cultura de los adolescentes del distrito de Ayacucho

Valores hacia la capacitación de los profesionales de la salud	I	E	C	D	N
Considera Ud. que los profesionales de la salud se han capacitado adecuadamente en temas de interculturalidad.					
Considera Ud. que por lo general los profesionales de la salud conocen o tiene conocimiento referente a la lengua materna.					
Considera Ud. que por lo general los profesionales de la salud son capacitados por el MINSA sobre salud sexual y reproductiva en urbes.					
Considera Ud. que por lo general los profesionales de la salud con su actuación demuestran dar valor a trabajar en la ampliación de resultados exitosos.					
Considera Ud. que por lo general los profesionales de la salud con su actuación demuestran dar valor a generar credibilidad ante los pobladores de la zona.					

Grado de valoración sobre la información en salud sexual y reproductiva que brinda el centro de salud, por parte de los adolescentes indígenas.

31. califique la valoración de los jóvenes sobre la información que brinda el centro de salud:

Valoración	I	E	C	D	N
Adecuada información					
Información actualizada respecto al tema sobre salud sexual y reproductiva					
Adecuada infraestructura					
Adecuada preparación por parte de los profesionales de la salud					
Adecuada metodología al momento de brindar información					

32. Califique las capacidades promedio de los profesionales de la salud:

Capacidades	I	E	C	D	N
Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva					
Proponer soluciones					
Identificar mecanismos de participación en los jóvenes adolescentes					
Establece una adecuada interacción a través de dinámicas integrativas					
Conocimiento sobre su cultura					
Incorporan propuestas nuevas en el desarrollo de actividades					

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nº	ACCIONES A OBSERVAR	REGISTRO DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N.A	



ENCUESTA

POBLACIÓN A LA QUE SE APLICARA: Adolescentes del distrito de Ayacucho

Número de adolescentes del distrito de Ayacucho que utilizan su centro de salud.

INVENTARIO DE SATISFACCION CON EL SERVICIO PRESTADO POR EL CENTRO DE SALUD LOS LICENCIADOS DEL DISTRITO DE AYACUCHO

Responda los siguientes enunciados en la hoja de respuesta.

1. Tengo la necesidad de acudir a la posta de salud de mi distrito
2. La posta de salud me garantiza bienestar en la prestación de servicios
3. Siempre que puedo, acudo a la posta de salud
4. La demanda de la población usuaria dentro del centro de salud los Licenciados es alta en relación a la prestación de servicios de la posta de salud.
5. Con la prestación de servicios que proporciona el centro de salud los Licenciados se cobertura a toda la población del distrito.
6. Estoy convencido de que se presta un adecuado servicio dentro del centro de salud los Licenciados.
7. Estoy convencido de la adecuada capacitación de los profesionales de salud al momento de prestar los servicios de salud sexual y reproductivo
8. Al momento de ingresar a la posta de salud me siento convencido que se me tratara de manera cálida y amable.
9. Siento la necesidad de conocer cada vez más acerca de los temas ligados a salud sexual y reproductiva.
10. La posta de salud brinda un servicio de calidad
11. Los profesionales de salud se expresan en el mismo idioma del usuario
12. Siento vergüenza al hablar sobre salud sexual o reproductiva con el profesional de salud.
13. Yo asisto con normalidad al centro de salud de mi distrito
14. Estoy contento con el servicio prestado por el centro de salud los Licenciados
15. Me considero una persona muy comunicativa con el profesional de salud
14. Deseo hacer uso del servicio sobre salud sexual y reproductiva.

15. Desconfío del profesional de la salud
16. Tengo muy pocas ganas de realizar mi consulta al profesional de salud
17. Necesito la compañía de alguien cercan(a)(o) para poder realizar mi consulta al profesional de la salud

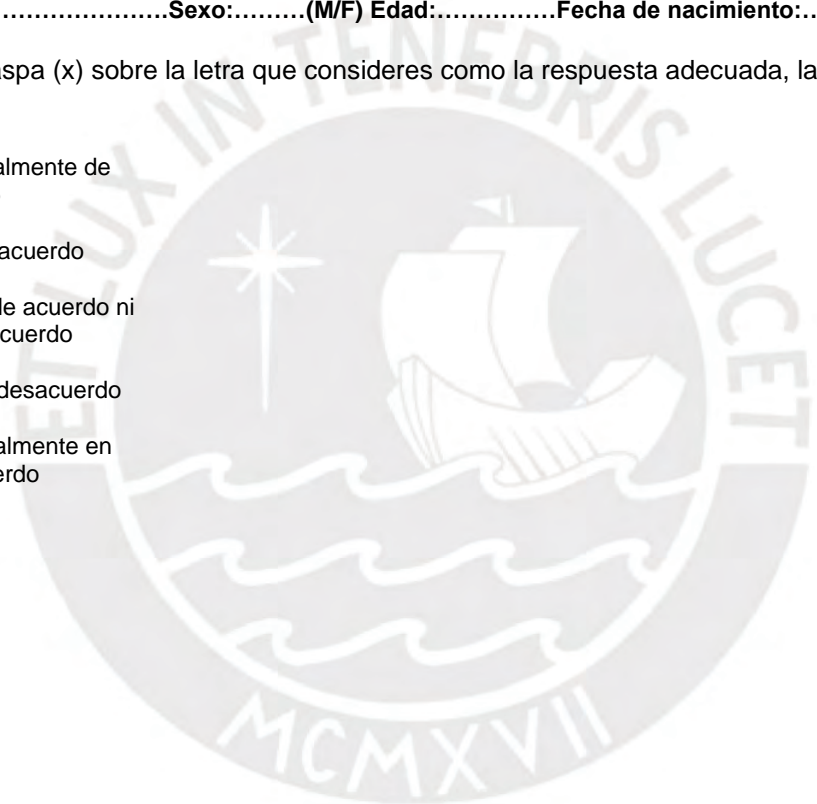
**INVENTARIO DE SATISFACCION CON EL SERVICIO PRESTADO POR EL CENTRO DE SALUD LOS
LICENCIADOS DEL DISTRITO DE AYACUCHO.**

Nombre y apellido:.....

Procedencia:.....**Sexo:**.....(M/F) **Edad:**.....**Fecha de nacimiento:**.....

Marca con un aspa (x) sobre la letra que consideres como la respuesta adecuada, las alternativas son:

- TA: Totalmente de acuerdo
- DA: De acuerdo
- NA: Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ED: En desacuerdo
- TD: Totalmente en desacuerdo



1	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
2	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
3	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
4	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
5	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
6	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
7	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
8	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
9	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
10	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
11	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
12	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
13	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
14	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
15	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
16	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD
17	A) TA	B) DA	C) NA	D) ED	E) TD

ACTIVIDADES	AÑO 2017												AÑO 2018											
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Elaboración del proyecto.	X	X	X	X	X	X	X	X																
2. Presentación del proyecto.				X	X	X	X	X																
3. Revisión bibliográfica.	X	X	X																					
4.-Elaboración de instrumentos.							X	X																
5. Aplicación de instrumentos									X	X	X	X	X	X	X									
6. Tabulación de datos.																X	X							
7. Elaboración de informe																	X	X						
8. Presentación del informe.																			X	X	X			
9. Sustentación.																							X	