

# **EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DOS CASOS EN HOSPITALES PERUANOS**

Silvia Magali Cuadra, Doris de la Cruz, Celina Magali Rueda,  
María Beatriz Duarte, Mirka Negroni y Mario Bronfman.



Centro de Investigación en Sistemas de Salud,  
Instituto Nacional de Salud Pública de México



---

# INDICE

	Página
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>PROLOGO</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>METODOLOGÍA</b> .....	14
<b>RESULTADOS</b> .....	16
1. El concepto de adolescencia como fundamento de los programas .....	16
a) Una transición cargada de inocencia .....	18
b) La dependencia reforzada de la adolescente .....	19
c) Embarazos de adolescencia y la concepción del adolescente como grupo de riesgo .....	20
2. Sexualidad, métodos e ideas preconcebidas .....	22
a) Imaginarios alrededor de los métodos anticonceptivos .....	24
3. Los procesos de atención, las barreras de acceso y las relaciones interpersonales .....	25
4. Las necesidades y la competencia técnica de los proveedores .....	30
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	32



# AGRADECIMIENTOS

Los investigadores y autores de este estudio quieren agradecer de manera muy especial al personal de los Hospitales Loayza y Materno Perinatal que colaboraron directamente en la investigación que aquí se discute: el Dr. Guillermo Atencio La Rosa- Médico Gineco-obstetra y la Licenciada en Psicología Anita Guardia Aspilcueta del Servicio de Adolescencia del Instituto Materno Perinatal y la Obstetrix Ingrid Ramírez Wehr y la Dra. Beatriz Chung Joo del Hospital Loayza.

Además agradecemos la colaboración y aportes de los equipos de salud reproductiva del Hospital Arzobispo Loayza y el Instituto Perinatal y de todas las jóvenes que compartieron con nosotros sus historias.

Este estudio se realizó con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en México como parte del Programa Sur-Sur. Los fondos fueron canalizados a través del Proyecto MEASURE Evaluation, el cual es un Acuerdo Cooperativo (No.HRN-A-00-97-00018-00) entre USAID y la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Las opiniones expresadas en este informe son de los autores y no reflejan, necesariamente, la perspectiva de USAID.

Agradecemos además la ayuda y colaboración de Alejandro Bardales y Violeta □ Billinghamurst en la elaboración del prólogo a este libro.



---

# PROLOGO

La situación de la salud reproductiva de las mujeres en el Perú se puede sintetizar a partir de los siguientes datos:

a) En el Perú las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años constituyen el 25% de la población, es decir un poco más de 6 millones del total, y el 49% de la población femenina del país.

b) En el país la mortalidad materna es de 185 por 100,000 niños que nacen. Estos decesos ocurren en su mayor parte entre mujeres rurales, pobres y/o indígenas. Entre 1996 y el 2000, el 40% de la mujeres peruanas sufrió por lo menos una complicación durante el parto.

c) La tasa de embarazos no deseados es alta. Un 35% de todos los embarazos terminan en abortos y otro 30% en nacimientos no deseados.

d) La gestación no deseada afecta principalmente a las adolescentes, 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres o están gestando por primera vez; esta cifra asciende al 25% en zonas rurales y de la selva.

e) Dos de cada tres mujeres en unión libre y tres de cada cuatro solteras previenen el embarazo empleando un método anticonceptivo, preferentemente utilizando métodos denominados "naturales" (coito interruptus, ritmo, etc). Sin embargo el uso de los métodos anticonceptivos es menor en mujeres que viven en zonas rurales, que tienen poca educación y/o son adolescentes.

f) Con relación a las infecciones de transmisión sexual, en el año 2000 el 25% de todas las mujeres entre 15 y 49 años tuvieron una infección de este tipo o flujo vaginal anormal durante el año anterior.

g) Por otro lado, el cáncer cervico-uterino es una de las causas principales de muerte entre las mujeres en edad fértil.

h) Existe una participación limitada del varón en el apoyo de la salud reproductiva de sus parejas y de ellos mismos, ya que los programas se caracterizan por carecer o tener una promoción insuficiente de las responsabilidades reproductivas masculinas. Ejemplo de ello es que en el

año 2000 las mujeres entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud, reportaron, en relación a las esterilizaciones, un 7.5% de opción por este método, mientras que los hombres sólo reportaron 0.3%; es decir que la decisión y responsabilidad en materia de planificación familiar, en este rubro, muestra una clara inequidad de género.

i) Limitada incorporación de aspectos socioculturales característicos de la diversidad étnica del Perú en los programas y servicios de salud, lo que provoca discriminación e inaccesibilidad a los servicios por parte de las poblaciones más vulnerables.

j) La violencia hacia la mujer es otro de los problemas existentes. Esta abarca agresiones físicas, psicológicas, violaciones, maternidad impuesta, reclusión en la casa, prohibición de trabajar, de participar en actividades recreativas, comunales o políticas, persecución, expulsión del hogar, entre otros.

Esta problemática, descrita sucintamente en los puntos anteriores, es en extremo compleja. En esta ocasión intentaremos acercarnos a su comprensión a partir de la evaluación de dos programas de salud reproductiva en dos hospitales peruanos que brindan atención a la salud sexual de los adolescentes: el Hospital Arzobispo Loayza y el Instituto Materno Perinatal. Para ello proporcionaremos primeramente una descripción del contexto general donde se desarrollan los programas de salud reproductiva del Perú, con base en varios apartados que abarcan las políticas y las normas, los actores sociales gubernamentales y no gubernamentales que participan en ellos, la ubicación de los programas y la situación de la evaluación del impacto de éstos, con el fin de abrir el camino a la comprensión de la situación donde se desarrollan las labores de los Hospitales que atentamente, aceptaron participar en este ejercicio de evaluación de la calidad de sus programas; sin ellos, sin su aportación, este trabajo sería imposible.

## **1. Políticas, normas y organizaciones gubernamentales: la desaparición de los programas**

Con el fin de brindar alternativas para garantizar la salud reproductiva de las mujeres peruanas se han diseñado políticas con base en nuevas legislaciones y planes de acción. Los principios sobre los que se basó el Plan Nacional de Población elaborado en el anterior gobierno del presidente Alberto Fujimori, guardaron concordancia, al menos en los

documentos aprobados, con la Constitución Política del Estado, la Ley de Política Nacional de Población 1998-2002, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional y Desarrollo celebrada en Cairo en 1994 y adoptado por el Perú, y las recomendaciones de la Conferencia de la Mujer, llevada a cabo en Beijing en 1995.

En el Plan Nacional de Población vigente, los objetivos 2, 3 y 4 están orientados al tema de la salud reproductiva. Así en el apartado 2 se propone la mejora del estado de salud sexual y reproductiva del hombre y la mujer particularmente de las personas en situación de pobreza extrema, enfatizando el cuidado de los derechos reproductivos y asignando responsabilidades a algunas entidades gubernamentales. El objetivo 3 del Plan Nacional de Población hace referencia a la equidad de género para lograr una atención a la salud con calidad. Por último, el segmento 4 enfatiza la promoción de estilos de vida saludables entre adolescentes, en especial respecto a la prevención de embarazos no deseados.

Específicamente para el sector salud, estos temas se plasmaron en los "Lineamientos de Política del Ministerio de Salud 1995-2000" y se operacionalizaron en dos documentos normativos: "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000", aprobado por la resolución ministerial 071-96 SA/DM del 6 de febrero de 1996 y las "Normas de Planificación Familiar" refrendadas por la resolución ministerial 465-99 SA/DM del 22 de septiembre de 1999. En la práctica, estos programas no integraron de manera clara la perspectiva de los derechos ciudadanos, el enfoque de género, la comprensión de las características socioculturales, la prevención de la violencia familiar y el mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar<sup>1</sup>.

Adicionalmente, se implementaron algunos proyectos con financiamiento de organismos de internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Agencia Internacional de Desarrollo, entre otras). Aunque las evaluaciones de algunos de esos proyectos mostraron que habían contribuido a mejorar la salud reproductiva, en la práctica no se articularon a los programas establecidos por el Ministerio de Salud de Perú.

En el caso de Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano también se plantearon actividades orientadas a cumplir con las metas

---

<sup>1</sup> En el Perú aún hay expedientes abiertos por el actual gobierno para investigar los casos de esterilización forzada que se hicieron durante el gobierno de Alberto Fujimori.

establecidas en el Plan Nacional de Población. Estas se plasmaron en los “Lineamientos de Políticas de Juventud DS 018-2001 PROMUDEH” y el “Plan Nacional de Acción por la Infancia 1998”, aprobado hasta junio de 2002.

Por su parte, en los últimos años de la década de los 90, el Ministerio de Educación implantó el Programa Nacional de Educación Sexual, incluyéndolo en la currícula de aproximadamente 7,000 centros educativos de primaria y secundaria.

Aunque los avances en los tres sectores oficiales en ese periodo de gobierno fueron importantes, se perdieron oportunidades de potenciar esfuerzos pues escaseó el liderazgo de alguna de estas entidades para generar una visión política conjunta en el tema de la salud reproductiva; mucho menos se logró la coordinación con entidades de la sociedad civil como los Organismos No Gubernamentales (ONGs), Iglesia, Ministerio de Trabajo, etc.

Desde el año 2001, a partir del gobierno de Alejandro Toledo, la política de salud reproductiva y planificación familiar se ha modificado drásticamente, orientándose hacia el respeto de los derechos humanos y la no intervención del Estado en las decisiones conyugales sobre planificación familiar. En este marco, el gobierno propuso un nuevo modelo de atención integral de salud, para lo cual se reestructuró el Ministerio de Salud desapareciendo programas verticales que funcionaban de forma fragmentada y se constituyeron direcciones integrales por ciclo de vida; así tenemos por ejemplo, la Dirección de Atención de Salud de la Madre, del Niño y Adolescente, entre otros. El único componente que se hace explícito en los objetivos estratégicos de los Lineamientos de Política Sectorial y que tendrán que lograrse en el periodo 2001-2006 es la reducción de la morbi-mortalidad materna, mediante el aseguramiento de los sectores más pobres, financiado por el Seguro Integral de Salud.

Esta nueva estructura, además de la incorporación de altos funcionarios con ideología conservadora<sup>2</sup>, ha traído retrocesos en las políticas de salud reproductiva en el país. Si antes se percibía una falta de articulación entre programas, ahora sencillamente ya no existen y los temas de planificación familiar, atención del adolescente, prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA han quedado diluidos en estas grandes

---

<sup>2</sup> Tanto el ex-ministro de salud como el actual, así como altos funcionarios han sido sindicados de pertenecer a corrientes religiosas ultra conservadoras.

direcciones, trayendo como consecuencia problemas de acceso, falta de sostenibilidad para los servicios y merma en su calidad; sin contar que tal retroceso atenta contra el ejercicio pleno de los derechos de salud sexual y reproductiva, compromiso asumido por Perú a partir de acuerdos internacionales.

Al igual que el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano han variado sus enfoques. En el sistema educativo peruano actualmente se han dejado de impartir los temas de salud sexual y reproductiva para dar prioridad al tema de las habilidades sociales y fortalecimiento de los valores y, en el caso del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano, el énfasis se ha puesto en el tema de prevención de la violencia.

## **2. Participación del Perú en programas de salud reproductiva con énfasis en adolescentes**

En la década del 90 se inició un proceso intenso de trabajo para la atención de la salud de la adolescencia basado en experiencias previas ensayadas en organismos no gubernamentales. Una de las primeras experiencias se desarrolló en el Hospital María Auxiliadora de la ciudad de Lima. El Ministerio de Salud creó en esa misma época el Programa Nacional de Salud del Escolar y del Adolescente para brindar atención de salud preventiva y promocional a los niños, niñas y adolescentes entre 5 y 19 años.

En este programa se desarrollaron diversas acciones que incluyeron la organización de servicios con el fin de brindar orientación y consejería a este grupo. Sin embargo, en la práctica, la población que atendió este programa fueron sólo niños y niñas, las características del programa (los servicios no contaban con personal capacitado para trabajar con adolescentes, los horarios no eran adecuados, los jóvenes que solicitaban atención eran mal vistos por los adultos, entre otros) impidió que los adolescentes se identificaran con éste.

La fortaleza más importante del Programa Nacional de Salud del Escolar y del Adolescente fue la sensibilización y movilización de la sociedad civil al incorporar el tema de la adolescencia como una necesidad social. Sin embargo la misión no se centró en la provisión de servicios preventivos, promocionales, asistenciales o de rehabilitación sino se dispersó en temas como escuela para padres y educación sexual, tareas que le correspondían

al Ministerio de Educación. Otra debilidad importante del Programa es que no contó con normas, indicadores y estándares que permitieran la evaluación del impacto de sus acciones. En julio de 2001, el Programa Nacional de Salud del Escolar y del Adolescente se integró a la actual Dirección de Salud de la Mujer, Niño y Adolescente quedando el tema de la adolescencia diluido como parte de una agenda general.

### **3. Organizaciones del gobierno que participan en el diseño y operación de Programas de Salud Reproductiva para adolescentes**

Hasta antes del actual gobierno, las organizaciones que participaron directamente en el diseño y operación de programas de salud reproductiva fueron el Ministerio de Educación, el de la Mujer y Desarrollo Humano y el Ministerio de Salud. Este último, con sus redes locales de salud, desarrolló el Programa de Salud Escolar y del Adolescente. El proyecto intentó liderar, sin éxito, la integración de los programas involucrados en el tema de la adolescencia es decir, los Programas de Salud Materna, Planificación Familiar y Programa de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

Actualmente algunos hospitales como el Santa Rosa, el Hospital Regional de Iquitos, el Instituto Materno Perinatal, el Arzobispo Loayza y el Instituto de Salud del Niño continúan brindando servicios orientados a la atención de adolescentes, en las áreas de control prenatal, atención del parto y puerperio, así como actividades educativas preventivas. Por su parte, el Instituto Peruano de Seguridad Social inició desde 1997 el Proyecto Juventud EsSalud, que brinda servicios de consejería intrahospitalaria, consejería en colegios, talleres de capacitación a adolescentes, padres, maestros, actividades recreativas, actividades de seguimiento y reforzamiento de líderes; el proyecto va logrando paulatinamente una cobertura nacional en la población adscrita asegurada.

### **4. Principales organizaciones no gubernamentales que participan en el diseño y operación de Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes**

El Programa de Salud Escolar y Adolescente liderado por el Ministerio de Salud generó un espacio de intercambio y participación activa de los organismos no gubernamentales y entidades de cooperación internacional. Estas instituciones constituyeron ejes de reflexión y apoyo en los temas de salud reproductiva para este grupo vulnerable, sin embargo por su falta

de inserción en la agenda política, el programa se colapsó.

Actualmente, ante la desarticulación de este programa, un grupo de instituciones ha promovido la constitución de una mesa de concertación y discusión para lograr que los decisores de políticas coloquen el tema de adolescentes en su agenda.

Las ONGs que actualmente participan en el desarrollo de programas de salud para adolescentes en el marco de la salud reproductiva son:

Institución	Actividades que se desarrollan
CARE - PERU	Capacitación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (Programa Nacional de Salud del Escolar y del Adolescente), Adolescentes, Ministerio de Educación, para brindar atención a los adolescentes Implementación de servicios de atención integral con énfasis en salud reproductiva
PATHFINDER	Capacitación de recursos humanos Ministerio de Salud, Ministerio de Educación e Instituto Peruano de Seguridad Social
GTZ (Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva-Cooperación Técnica Alemana)	Investigaciones de Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre Salud Sexual y Reproductiva Apoya el desarrollo de lineamientos políticos en el Ministerio de Salud. Implementación de servicios integrales
INPPARES (Centro Juvenil Futuro)	Programa de orientación y consejería. Prevención del aborto, violencia e ITS.
APROPO (Apoyo a Programas de Población)	Acciones de Promoción en salud sexual y reproductiva: consejería telefónica, capacitación, materiales de IEC, oferta de insumos de anticoncepción
FOVIDA (Fomento de la Vida)	Desarrollo de modelos de atención preventivo - promocional: Salud, educación etc.
REDESS Jóvenes	Asesoría a profesionales, capacitación a proveedores, materiales de IEC, diseño y promoción de indicadores de evaluación
KALLPA	Elaboración de materiales de IEC.
Movimiento El Pozo	Capacitación a docentes, adolescentes y prostitutas.
ANAR	Capacitación a profesionales de gobiernos locales y consejería telefónica
CESIP	Desarrollo de programas de derechos y desarrollo ciudadano
CEPESJU	Desarrollo de intervenciones educativas sobre ITS, VIH, elaboración e material de IEC.
IES	(Instituto de Educación y Salud) Promoción y prevención en salud sexual y reproductiva: capacitación a Ministerio de Salud y Ministerio de Educación

## **5. La ubicación en Perú y/o Lima de los programas de salud reproductiva para adolescentes.**

Como mencionamos en párrafos anteriores, en la actualidad no operan oficialmente programas para la salud sexual y reproductiva de la adolescencia en el país, ya que el Programa Nacional de Salud del Escolar y del Adolescente ha quedado desarticulado a partir de la nueva estructura del Ministerio de Salud. Los programas que funcionan son principalmente los que desarrollan las ONGs; sin embargo en algunos establecimientos del Ministerio de Salud se brindan servicios para adolescentes, y en la mayoría de los casos sólo proveen de atención gineco-obstétrica de tipo recuperativa.

Algunas de estas instituciones son:

INSTITUCIÓN	LUGAR
Ministerio de Salud	Lima: Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima Instituto Nacional de Salud del Niño Hospital Santa Rosa Programa Juvenil del Hospital Arzobispo Loayza Hospital María Auxiliadora Centro Materno Infantil Miguel Grau / Ñaña - Lima Este Centro Materno Infantil Tablada de Lurin / Lima Sur Servicio de atención integral para adolescentes del Hospital Cayetano Heredia
	Departamentos del interior: Centro de Salud Punta del Este / San Martín - Tarapoto Casa del Adolescente (Centro de Salud la Merced) / San Martín - Mariscal Cáceres
Ministerio de Salud en asociación con CARE-PERU	Centro de Atención Integral y Diferenciada (CAID) "Mi pequeño Mundo del adolescente"-Cajamarca Centro de Orientación y Bienestar del Adolescente (Centro de Salud Jesús)/Cajamarca Servicios de Atención Diferenciada para adolescentes (Encañada/Cajamarca) Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes Sullana/Piura Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes Chulucanas/Piura Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes (Mazan - Loreto) Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes Hospital Regional /Loreto- Iquitos Servicios de Atención Diferenciada para Adolescentes (Tamshiyacu) / Loreto Hospital La Caleta "Avanzando juntos" / Ancash Hospital EGB."Juntos en acción"/ Ancash Centro de Salud Santa "Amistad"/ Ancash
Gobiernos Locales (Municipalidades)	Algunos gobiernos locales como parte del desarrollo de programas sociales han implementado centros de atención médica básica para adolescentes, los que se desarrollaron en trabajo conjunto y coordinado con el Programa Nacional de Salud del Escolar y del Adolescente, como es el caso de la Municipalidad Metropolitana de Lima, actualmente continúan desarrollando algunas actividades preventivo promocionales y formación de promotores juveniles.
Ministerio de Salud en asociación con GTZ (Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva- Cooperación Técnica Alemana)	Provincia Constitucional del Callao, Puno, Ucayali y Huanuco
INPPARES (Centro Juvenil Futuro)	Es la primera ONG que impulsó el desarrollo de programas de salud reproductiva para adolescentes. Lima y Chiclayo
APROPO (Apoyo a programas de población)	Lima
FOVIDA (Fomento de la Vida)	Lima
REDESS Jóvenes	Lima
KALLPA	Lima, Ayacucho, Cuzco e Iquitos
Movimiento El Pozo	Lima
ANAR	Lima
CESIP	Lima
CEPESJU	Lima (Villa el Salvador y El Agustino)
IES (Instituto de Educación y Salud)	Lima y Ancash (Chimbote)
Instituto Peruano de Seguridad Social (Seguridad Social del estado) (Proyecto Juventud Essalud)	Tumbes , Piura (02 sedes ) , La Libertad (02 sedes ) , Lambayeque (02 sedes), Cajamarca, Ancash (02 sedes), Pasco, Junín, Loreto (Iquitos ) , Madre de Dios, Ucayali (02 sedes), Amazonas, San Martín, Lima cuenta con 09 sedes: Hospital Alberto Sabogal Sologuren (Provincia Constitucional del Callao), Hospital Uldarico Rocca (Villa el salvador), Clínica Cañete, Clínica Castilla, Hospital Voto Bernales (Santa Anita), Clínica Pizarro, Clínica Octavio Mongrut, Clínica Próceres, Hospital Aurelio Díaz Ufano ,Ica (02 sedes), Huancavelica , Ayacucho, Cuzco (02 sedes) Apurímac, Arequipa (02 sedes), Puno, Moquegua, Tacna (02 sedes)

## **6. La evaluación del impacto de los programas de salud reproductiva para adolescentes en el Perú**

Aunque existen programas y proyectos desarrollados en esta área, son escasos los que realmente pueden ser evaluados tomando en consideración su impacto en la población adolescente. La mayor parte de programas y proyectos aun cuando tienen como objetivos explícitos, por ejemplo, disminuir el embarazo en adolescentes o disminuir la incidencia de relaciones sexuales desprotegidas, no incluyen los indicadores y la metodología para medir estas variables, limitándose a medir conocimientos, o a enumerar las actividades desarrolladas y sus productos.

En buena parte de los casos la imposibilidad de observar impacto no viene de la ausencia de un sistema de evaluación sino por incoherencias en el diseño de los proyectos mismos. Por ejemplo hay propuestas que tienen como objetivo reducir el embarazo y las conductas de riesgo pero no ofrecen ni la información ni los servicios para poder lograrlo. Tales inconsistencias son también una respuesta a presiones conservadoras, que buscan evitar poner en práctica programas que incomoden a los adultos influenciados por la iglesia católica o por costumbres conservadoras.

Por otro lado, los programas mal diseñados o sin adecuados sistemas de evaluación, constituyen una carga que deslegitima los esfuerzos de las instituciones por promover la prevención, porque, ante la ausencia de impactos demostrados, brindan argumentos a las personas que se oponen a la utilización de fondos públicos destinados a estas actividades.

## **7. Los hospitales Arzobispo Loayza y el Instituto Materno Perinatal**

En el marco de la magnitud del problema de embarazo adolescente en el Perú, ambos hospitales son los lugares en los cuales las adolescentes pueden acudir para recibir atención del control prenatal, parto y puerperio; además de participar en actividades educativas orientadas a la promoción y atención recuperativa.

En el caso del Instituto Materno Perinatal por ejemplo, el servicio de adolescentes es diferenciado, especializado, integral e interdisciplinario y atiende a la población adolescente entre 10 y 19 años. Es diferenciado porque cuenta con una infraestructura, equipamiento, personal y organización exclusiva para la atención de los adolescentes. El servicio se caracteriza por tener como objetivo principal la prevención de la incidencia del embarazo no deseado en adolescentes sexualmente activas que han

tenido un parto o un aborto recientemente, es decir es de prevención secundaria. En este Instituto se articulan diversos servicios con el fin de brindar calidad y calidez para los y las usuarias adolescentes; entre ellos destacan: consejería, obstetricia, ginecología, servicio social, psicología y tópicos. La mayoría de adolescentes financia su atención a través del Sistema Integral de Salud. Además de desarrollar un modelo hospitalario, el Instituto Materno Perinatal implementa actividades de prevención y promoción en salud en adolescente en un programa de educación para la salud de tipo extramural en tres colegios cercanos.

El Hospital Arzobispo Loayza cuenta con un programa juvenil para atención de los adolescentes, que funciona de forma similar que el Instituto Materno Perinatal con excepción de no contar con infraestructura especializada para la atención de parto y puerperio para este grupo, equipo con el que sí cuenta el Instituto Materno Perinatal.

En el panorama general del país estos dos casos, aunque importantes dado el servicio que brindan y la población a la que atienden, son experiencias que se desarrollan en un contexto local, sin el apoyo de una política nacional. No existe una política oficial del Estado que promueva la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y que respalde este tipo de programas asignando todos los recursos humanos, logísticos, financieros y de infraestructura que se requieren para su implementación y funcionamiento; y aún así las tareas de estos dos hospitales persisten, constituyéndose en espacios alternativos para la población adolescente que tiene necesidad y acceso a ellos. Ante la escasez de alternativas, el Estado peruano se vuelve corresponsable del panorama desolador que mostraron las crudas cifras que dieron inicio a esta sección; en ese sentido la exigencia de calidad de la atención se vuelve, en última instancia, una exigencia para los gobiernos: es un reclamo ético.

### Bibliografía consultada del Prólogo

1. La Rosa Huertas Liliana. "Modelos de Atención para Adolescentes en el Sector Público", segunda edición, Lima, Agosto del 2002
2. Edenholtm Teresa "Prevención Primaria del Embarazo no deseado en Adolescentes y Jóvenes: planteamientos para una política de salud", Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública, Santiago, Junio de 1996.
3. Arroyo Juan. "Las Políticas de salud y Salud reproductiva y Planificación familiar en el contexto de las elecciones presidenciales del año 2000", Informe de Consultoría. POLICY. Lima, Marzo 2000
4. INEI, Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000, Lima Perú, Agosto del 2001
5. Ministerio de Salud. "Normas del Programa de Planificación Familiar" Lima Perú, Setiembre de 1999
6. Consorcio de Investigación económica y Social. " Políticas de Salud 2001 - 2006", Lima, Julio del 2001
7. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud. "Políticas de Juventudes por la igualdad de Oportunidades" Lima, Julio del 2001
8. Ministerio de Salud. "Lineamientos de Política de Salud 2002 - 2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006.
9. Ministerio de Salud. "Lineamientos de Política de Salud 1995 - 2000"
10. Presidencia de la República. "Plan Nacional de Población", Lima Perú, Setiembre de 1998.
11. CARE Perú. Informe de Servicios de Adolescentes implementados" 1999.
12. Grupo de Vigilancia de Derechos Ciudadanos en Salud. Separata "Piezas clave para una mejor calidad de vida" preparada para el Foro Salud. Lima, Agosto 2002.
13. Ministerio de Salud. Informe Técnico n° 2 "Fecundidad, Planificación Familiar y Salud Reproductiva en el Perú". ASIS 1995.
14. MINISTERIO DE SALUD . "Plan Nacional de Atención Integral de la Salud del Escolar y del Adolescente 1997 - 2001". Lima Mayo 1998.

---

# INTRODUCCIÓN

Para el año 2002, Perú cuenta con una población de 26.7 millones de habitantes. Su tasa global de fecundidad, si bien ha disminuido de 3.7 en 1992 a 2.9 en el 2002, presenta una brecha entre la población urbana y rural: 2.4 y 4.6 hijos por mujer, respectivamente (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2000). A su capital, Lima, llegan habitantes de las tres diferentes regiones que conforman el país: la región de la Costa, con una tasa de fecundidad global de 2.4 hijos por mujer; la región de la Sierra, con 3.7 y la de la Selva, con 3.8 hijos. En esta ciudad, los hospitales Arzobispo Loayza y el Instituto de Maternidad Perinatal de Lima, a través de sus programas de salud reproductiva, captan una buena parte de la población femenina de escasos recursos económicos, la que acude a estos centros en busca de servicios de planificación familiar, atención prenatal, de parto y puerperio; muchas de ellas provienen de las tres regiones mencionadas. Ambos hospitales atienden sólo mujeres en el servicio de planificación familiar.

El objetivo de este informe es presentar la evaluación de los Programas de Salud Reproductiva, con énfasis en la Planificación Familiar para Adolescentes, de los dos hospitales referidos, a partir de un acercamiento cualitativo y cuantitativo que permita conocer aspectos mensurables y no mensurables relacionados con la atención que prestan estos programas, a partir de las opiniones de usuarios y proveedores.

El abordaje conceptual tuvo como base el modelo propuesto por Bruce (1998) para servicios de planificación familiar. Los resultados del estudio muestran diferencias entre ambos hospitales y permiten visualizar fortalezas y debilidades de sus programas evaluados que sirvan para mantener y mejorar la calidad de los servicios a este grupo de población.

---

# METODOLOGÍA

Los datos de las encuestas y los grupos focales se recolectaron durante los meses de febrero y marzo de 2002, en las instalaciones de los dos hospitales. La selección de las personas, tanto para el abordaje cualitativo como cuantitativo, se realizó de acuerdo con su disponibilidad de participación, asegurando el consentimiento, confidencialidad y el anonimato de los informantes.

Para llevar a cabo el objetivo de conocer la calidad de los servicios desde la perspectiva cualitativa se organizaron cinco grupos focales con personas vinculados con los programas de salud reproductiva de los hospitales: dos grupos con proveedores de servicios y tres con usuarias de los programas de Planificación Familiar. Los grupos de proveedores entrevistados estuvieron conformados por el equipo de trabajo que atiende el área profesionalizada: médicos, enfermeras, obstetrices<sup>3</sup>, asistentes sociales y psicólogas. Participó también el equipo de trabajo operativo: técnicos o auxiliares de enfermería, secretarías y personal de servicio. El primer grupo de proveedores se compuso por 17 trabajadores del Instituto Materno Perinatal; algunas de estas personas laboran en el servicio de Planificación Familiar para adolescentes y otros en maternidad; el segundo, por siete trabajadores del Hospital Arzobispo Loayza. Los grupos de usuarios se formaron de jóvenes del sexo femenino de entre 17 y 19 años de edad. En uno de los grupos participaron 12 adolescentes captadas en el Hospital Arzobispo Loayza; unas eran puérperas que provenían del área de maternidad y otras del área de Planificación Familiar para adolescentes. En el segundo y tercer grupo participaron adolescentes del Instituto Materno Perinatal. Uno de ellos estuvo compuesto por 10 usuarias que recibieron atención en el servicio de Planificación, y el otro por siete adolescentes captadas en el servicio de maternidad. Las jóvenes participantes contaban con una escolaridad entre 5° de primaria hasta 5° de secundaria. Todas ubicaron su vivienda en Lima, pero cinco jóvenes reportaron como lugar de procedencia alguna provincia peruana. En los dos hospitales, los grupos

---

<sup>3</sup> Las obstetrices son parte del personal médico que estudia hasta el nivel de licenciatura y son las encargadas de atender los partos normales y la planificación familiar.

se reunieron en salas exclusivas para consejería de planificación familiar para adultos. Los datos cualitativos fueron codificados y clasificados en familias de códigos, con el software para análisis de datos cualitativos Atlas TI.

El abordaje cuantitativo se realizó a través de 99 encuestas dirigidas a adolescentes usuarias de los servicios: 49 en el Instituto Materno Perinatal y 50 en el Hospital Arzobispo Loayza; además, se encuestaron 45 proveedores de los establecimientos de salud indicados. Las usuarias fueron entrevistadas a la salida de la consulta, y los proveedores respondieron un cuestionario autoaplicable. Los cuestionarios se construyeron a partir del modelo de calidad de la atención propuesto por Bruce (1998), conformado por seis elementos: relaciones interpersonales; información y asesoramiento a los usuarios; elección del método, servicios apropiados y adecuados, mecanismos de seguimiento y garantía de la continuidad. Los cuestionarios se estructuraron con las siguientes secciones, relacionadas con el modelo anteriormente mencionado: 1) características socio demográficas; 2) relaciones interpersonales; 3) información u orientación sobre salud reproductiva, planificación familiar y elección del método; 4) competencia técnica; 5) servicios apropiados y adecuados, y 6) mecanismos de seguimiento y continuidad.

La muestra de proveedores es representativa estadísticamente por cuanto fueron encuestados todos ellos. Respecto a los usuarios la muestra fue de conveniencia. En la recolección de la información participaron profesionales de cada uno de los hospitales. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, a través del paquete estadístico STATA, versión 7.0.

Además de los aportes del estudio, vale la pena mencionar algunas limitaciones metodológicas como el hecho de que se encuestaron sólo mujeres y la mayoría de ellas ya tenía hijos, lo cual limita la inferencia al grupo de participantes; además, por tratarse de usuarias captadas antes o después de la atención en los hospitales y en el momento de la intervención sólo acudieron al servicio adolescentes mayores de 17 años, no fue posible captar las opiniones, percepciones y experiencias de adolescentes de menor edad.

---

# RESULTADOS

El acercamiento cuali-cuantitativo permitió conocer la percepción que proveedores y usuarias tienen de los programas de salud reproductiva para, con estos criterios, evaluar la calidad de la atención. Los resultados, de ambas aproximaciones, se agruparon en las siguientes áreas temáticas: el concepto de adolescencia como fundamento de los programas; sexualidad, responsabilidad e ideas preconcebidas acerca de los métodos; los procesos de atención, las barreras de acceso y el maltrato; y, por último, las necesidades de los proveedores.

## 1. El concepto de adolescencia como fundamento de los programas

Los programas de salud reproductiva se basan en premisas que han sido construidas a partir de debates sociales plasmados muchas veces en acuerdos nacionales e internacionales, políticas de salud o legislaciones. Estos programas se fundamentan en la aceptación de la salud de las poblaciones como un derecho inalienable; de allí emanan derechos específicos como sería el disfrute de una sexualidad plena, sin riesgos, acompañada de la libre decisión en torno a la procreación (Conferencia Internacional, 1994). Así, salvaguardar la salud reproductiva implica, también, proteger a grupos de población especialmente vulnerables a la pérdida de estos derechos.

Por tratarse de un hecho tangible, el embarazo de la adolescente, desde la perspectiva de los programas de la salud reproductiva, ha sido objeto de especial atención, debido a factores como su contribución dentro de las estadísticas de fecundidad y, por lo tanto, su peso en el crecimiento demográfico, los efectos adversos que el embarazo adolescente tiene sobre la salud de la madre y el niño, y el círculo reproductor de pobreza que éste genera<sup>4</sup>. Desde esta concepción, muchos de los programas de salud reproductiva brindan atención especial a la adolescencia.

---

<sup>4</sup> Estas premisas son fuertemente criticadas por Stern (1997), quien argumenta que, en México, las conclusiones, a las que se ha llegado en torno al crecimiento acelerado de la población, a partir del embarazo de las adolescentes, son incompletas pues los datos en los que se basan no excluyen los embarazos no llevados a término; además, la contribución de estos embarazos en el incremento demográfico tendría que ajustarse por sector económico, para así llegar a la conclusión de que la contribución demográfica está asociada con la pobreza y no con la edad de la madre. Asimismo, el riesgo a la salud que un

En los casos del Hospital Arzobispo Loayza y del Instituto de Maternidad Perinatal de Lima se ha trabajado con programas dirigidos a grupos de adolescentes; en el primero desde 1997 y en el segundo desde 1995. Los objetivos de estos programas son claramente expresados por una adolescente perteneciente a los grupos que asisten a Planificación Familiar:

“Para cuidarme, para conocer a mi propio cuerpo también, para ser más responsable con lo que hago, ya que si empecé a tener relaciones puedo salir embarazada y creo que no estoy en edad como para tener un hijo todavía”. (01USUARIA)

El abordaje cuantitativo permitió conocer que más de 40% de las adolescentes que se atienden en los hospitales seleccionados viven en unión libre y provienen de la Región de la Selva. Casi 97% de las usuarias profesan la religión católica y más de 60% estudia y/o trabaja; respecto a los proveedores de los servicios, la edad promedio fue de 38 años, de religión católica, con 75% de personal femenino y en su mayoría, casados (Cuadro1). Las adolescentes acuden a los hospitales buscando, sobre todo, evitar embarazos a través de la utilización de diversos métodos anticonceptivos, pero los porcentajes de satisfacción y de respeto en la decisión en su uso varían considerablemente de un hospital a otro (Cuadro 2).

Para realizar el trabajo con adolescentes los hospitales cuentan con áreas y recursos humanos escasamente capacitados para el trabajo con adolescentes, principalmente en el Hospital Loayza: médicos gineco-obstetras, enfermeras, obstetrices, asistentes sociales y psicólogos, quienes cuentan con una antigüedad promedio en sus puestos de trabajo de 2 a 5 años para el Instituto Materno Perinatal, y de un año o menos para el Hospital Loayza. Su formación profesional y el trabajo diario han contribuido a la construcción de un concepto de adolescente que refleja el imaginario institucional de éste; su labor se ha llevado a cabo con escasa

---

embarazo temprano implica está situado, según el mismo autor, en mujeres menores de 14 años de edad; después de ese periodo, el riesgo a la salud de la madre se puede atribuir a condiciones de nutrición, salud y atención, no a su minoría de edad. Asimismo, la contribución que el embarazo adolescente podría hacer para la transmisión de la pobreza es puesto en cuestión al argumentar que aunque “el embarazo temprano se encuentre frecuentemente asociado a la pobreza no implica que sea un fenómeno que conduzca a dicha situación ni que, por sí mismo, lleve a perpetuarla, lo mismo sucede con problemas de violencia familiar y abuso. De ahí se sigue que el embarazo adolescente no es, ni debe ser abordado como un problema demográfico ni de mayor cobertura de métodos anticonceptivos sino de modificación de estructuras de distribución de la riqueza, sociales y culturales (Stern, 1997). Nosotros creemos que las diferencias entre esta interesante discusión y las premisas que enarbolan tradicionalmente los programas de salud reproductiva pueden conciliarse en el terreno de los derechos reproductivos, donde las adolescentes, como grupo vulnerable, tienen el derecho de decisión sobre su cuerpo, de acceso a la información, a la salud, al ejercicio de su sexualidad y a la libertad de procreación.

capacitación, que varía en cada hospital. Así, la identidad del adolescente, expresada por los proveedores de salud, se basa en la alusión al otro; en los hospitales explorados la adolescencia tiene, como contraparte, al adulto:

“Una paciente adulta ya es una personalidad formada, donde el manejo, la decisión que toma, son diferentes; porque un adolescente se supone que desea información y la adulta ya no”.  
(01PROVEEDOR)

Las tareas de los programas de salud reproductiva son guiadas por la concepción de adolescente que se construye institucional y cotidianamente en la interacción entre pacientes y proveedores. Un concepto específico y claro de adolescente, que guíe los programas de salud reproductiva, permite establecer diferencias en las necesidades técnicas de anticoncepción de éstas y evitar riesgos a su salud, ya que existen especificaciones tanto técnicas como emocionales que respaldan la necesidad de contar con equipos médicos de trabajo capacitados para atender las necesidades de las mujeres jóvenes, sobre todo en materia de planificación familiar. El testimonio de una joven que solicita métodos de anticoncepción por vez primera ejemplifica esta necesidad:

“(... ) yo le pregunté sobre la ligadura de trompas, a qué hora se hacía y la señorita me dijo que mayormente se hacen a los 28-30 años y yo le dije si se podía hacer a una chica de 19, 20 años; la señorita me dijo que no, que en ese caso correría riesgo. ‘no conviene que una muchacha de esa edad se le haga’, me dijo. Entonces me preguntó ‘¿quién está pensando hacérselo, tú?’, yo le dije ‘sí’. La señorita me dijo ‘no, estás muy chiquilla para que te puedas hacer eso’, o sea me trató como adolescente que yo era y no como una señora, o sea, me habló bastante bien”. (02USUARIA)

Sin embargo, el concepto construido de adolescente también contiene otro tipo de ideas o prejuicios que orientan o afectan el trato hacia ellas. Estas ideas subyacentes no siempre constituyen una herramienta que facilita la consecución de los objetivos que buscan los programas de salud reproductiva.

### **a) Una transición cargada de inocencia**

Otro imaginario que se detectó durante las entrevistas fue la concepción de la adolescencia como un tránsito de la niñez, donde la “inmadurez” es un concepto que justifica un trato distinto al de los adultos:

“Es distinto porque los adolescentes todavía tienen la inmadurez, no están maduras como una persona que tal vez tenga mayor experiencia, conozca más. (...) hay muchas cosas que desconocen, entonces, es distinto a la planificación familiar en adultos”. (02PROVEEDOR)

“Como no hemos terminado de ser niñas aún, (...) porque la persona mayor ya ha vivido, tiene experiencias, en cambio nosotras no. (...)”. (03USUARIA)

Si la adolescencia es en contraposición a la idea de adultez, entonces es necesario dotarla de valores diferentes: el adulto sabe más.

“Me han explicado no como persona adulta; porque la persona adulta sabe, sino como una persona que recién se va a cuidar, como la adolescente que soy yo”. (04USUARIA)

De allí se sigue que el personal de los servicios de salud construya al adolescente desde la ignorancia:

“Podemos decir que los jóvenes, en general toda la población, está bastante desinformada (acerca de la) planificación familiar, (de) lo que son los métodos anticonceptivos; pero, en relación a los adultos, la población adolescente está más desinformada, y no tanto más desinformada, sino que puede tener la información pero no la aplican (...)”.(03PROVEEDOR)

“Sí, sí me tratan como adolescente, porque me explican, me explican como si fuera una ignorante totalmente (...) me explican desde qué es planificación familiar, para qué sirve y todo”. (05USUARIA)

Esta forma de concebir a la adolescencia garantiza la obediencia, que a su vez permite agilizar el trabajo en el consultorio y así garantizar que se sigan los consejos médicos alejando el peligro de un embarazo precoz; es un criterio pragmático que justifica y garantiza la obediencia:

“A mí me parece personalmente (que) con adolescentes (es) más factible que ellas hagan lo que uno les dice, obedezcan,

que una adulta. Yo he trabajado también en servicios de adultos, me parece que estoy mejor con las niñas adolescentes. (04PROVEEDOR)

## **b) La dependencia reforzada de la adolescente**

Ciertamente las adolescentes son dependientes económica y moralmente de los adultos. En los servicios médicos no es raro verle llegar acompañada de un adulto (Cuadro 3); con esa persona también interactúa el personal médico:

“La adolescente es dependiente, (...) casi siempre tiene alguien que le influye bastante; en el caso de las pacientes es la mamá, que es la que está más cerca de ella. La mamá por ejemplo, le dice no tomes ese método o me han dicho que te va a caer mal, ella le obedece. Esa es la experiencia que hemos tenido en que ella (la figura femenina adulta) es un ente muy importante en la decisión del método anticonceptivo. (...) Generalmente es la mamá pero puede ser la tía (...). (05PROVEEDOR)

La dependencia se refuerza en el tipo de relación que se establece con los padres y a través de los tabúes asociados a la sexualidad:

“Bueno yo no se lo cuento a mi mamá porque sé que ella estaría en total desacuerdo conmigo, me diría que soy muy joven para empezar, este, a tener relaciones, y sé que no me entendería, por eso es que no se lo cuento. (01USUARIA)

“No, no saben pero, yo creo que sí, sí me entenderían pero, o sea, a mí como que me da un poquito de vergüenza y no, no se los cuento”. (06USUARIA)

Además, en el caso de embarazos llevados a término, el nacimiento del hijo y los cuidados que exige hacen que las redes de apoyo inmediatas se echen a andar y refuercen el carácter dependiente del adolescente:

- “Me dedico a mi bebé y estoy esperando a trabajar después de seis meses”.

- “¿Tienes quién te lo cuide?”

- Sí, mi mamá”. (07USUARIA)

Los proveedores de los hospitales señalan que esta dependencia se refuerza por esquemas legales que obstaculizan el trabajo de planificación familiar en adolescentes menores de 18 años:

“Otra de las razones por las cuales no se puede comparar a la planificación familiar de los adultos, es que trabajamos con una población que es menor de 18 años, (...) ya que no hay ninguna ley actual en el Perú que nos respalde para dar métodos anticonceptivos a un menor de edad de 18 años, entonces es un poco difícil para nosotros poder dar un método anticonceptivo, y lo que optamos es porque la adolescente venga con un tutor o un familiar adulto, quien respalde el hecho de haberle dado un método anticonceptivo, ya que podemos tener problemas judiciales. (06PROVEEDOR)

### **c) Embarazos de adolescencia y la concepción de la adolescencia como un grupo de riesgo**

En contextos de construcción de la identidad de las adolescentes desde la exaltación de la inocencia, el embarazo es un accidente desligado de relaciones de poder entre sexos y de valores religiosos, culturales, étnicos o económicos en torno a la sexualidad y su ejercicio:

“(...) soy muy niña, ¿no?, en vez de estar ahí jugando, estudiando, yo que sé, con mis amigos, para embarazarme y tener un bebé, soy muy pequeña para eso”. (08USUARIA)

En los grupos entrevistados, la mayoría de las participantes fueron referidas directamente de la sala de hospitalización; ello implica que el personal de Planificación Familiar invariablemente esté en contacto con las adolescentes que tienen su primer acercamiento con los programas de salud reproductiva desde la experiencia de la maternidad; el resto de la población adolescente se encuentra en ambientes diferentes al del hospital. Al captarse predominantemente este tipo de población, se refuerza el imaginario institucional que apunta a que el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia va ligado al riesgo del embarazo precoz; de esta manera, el personal médico termina identificando el conflicto adolescente con el embarazo:

“La adolescencia es una etapa de conflictos y más con el embarazo”. (07PROVEEDOR)

De allí surge una paradoja que incide en las formas de acercamiento de los proveedores de servicios de salud y de la forma en la que la población adolescente atendida en los hospitales se concibe a sí misma: las adolescentes-madre ¿son adultas? ¿Cuáles son los límites de la responsabilidad de una adolescente que ejerce su sexualidad a partir de un embarazo precoz?

“(...) a los adolescentes (...) hay que tratarlas con cariño, hay que tratarlas como madre que uno es, (...) no a todas pero siempre poco a poco”. (08PROVEEDOR)

“Bueno, hay personas que te tratan como adolescente y también hay personas que te tratan como adulto. Hay personas que nos dicen ya no eres una adolescente, ya vas a ser madres, en’tos, este, ya no nos dicen, ya no nos aconsejan las mismas cosas, piensan que uno ya lo sabe. Hay personas que me han tratado como adolescente y hay personas que no”. (09USUARIA)

“Si uno tiene un hijo es una señora y te tratan no como cualquier persona sino como personas mayores, para que tú vayas entendiendo que ya no eres una, una mocosa (...)”. (10USUARIA)

Además, el ejercicio de la sexualidad y de la maternidad en la adolescencia son actos que pueden desencadenar procesos de estigmatización:

“Primero tengo que pensar en mis estudios y después en los hijos, y bueno tenía miedo porque en un hospital que fui, me dijeron así, me dijeron que cómo voy a pensar en hijos si todavía no tengo la edad suficiente para tenerlos, y no tengo posibilidad de mantener a mi hijo (...) y yo tenía miedo que me critiquen, que me diga la señorita que para tener marido uno sí es bueno; o sea, a veces hay personas que nos dicen que pa’l colegio uno se va a conseguir marido, en realidad no es así, porque a veces uno se equivoca y no piensa bien las cosas y después se arrepiente tarde (...) (11USUARIA)

A pesar del grado de estigmatización que conlleva el embarazo adolescente, en cierta medida éste se convierte en una especie de licencia para ejercer la sexualidad. Tener una vida sexual activa y solicitar y usar métodos anticonceptivos sin estar embarazada o haber dado a luz, acelera

este proceso de estigmatización; esta situación se convierte en una barrera de acceso a los servicios de Planificación Familiar más difícil de salvar:

“Sí, en primer lugar yo no tengo bebés y más como que sentía que la gente me miraba, que me iba a decir ‘¡cómo! estás joven y ¿cuidarte?’; porque mayormente había personas que ya habían tenido hijos. Después cuando yo entré al consultorio, la obstetrix me dio esa confianza, me comenzó hablar como cualquiera y no me miraba como una extraña, o es que teniendo relaciones no me miraba raro, ya me dio la confianza y ya; pero al principio sí tuve miedo”. (12USUARIA)

“Ah porque la gente te mira como diciendo ‘¡ay qué chiquilla y viene a cuidarse!’, y eso era lo que me daba vergüenza a mí también, cuando fui”. (13USUARIA)

Así, la mirada social hacia la adolescente como un ser inocente, sin saberes, y los prejuicios asociados al ejercicio de su sexualidad, se constituyen en barreras de acceso para los programas de salud reproductiva:

“Tenía vergüenza. De venir acá, porque yo soy menor de edad y tenía miedo que me critiquen”. (14USUARIA)

“Vergüenza tuve, miedo no, vergüenza, vergüenza porque todavía soy menor de edad, soy muy pequeña, y primero a mi edad debería estar pensando en estudiar y me daba vergüenza”. (05USUARIA)

Esos imaginarios acerca de la adolescente ingenua pueden generar escenarios de miedo al rechazo en la atención o al maltrato:

“Cuando vine acá sí, un poco de miedo y de vergüenza, o sea, que tal vez no me iban ayudar, no me iban a dar las pastillas o no me iban a dar una opción con que poder cuidarme. (...) tal vez por mi edad (...)”. (15USUARIA)

“(...) yo también pensaba que la doctora me iba tratar mal, ‘¡ay esta mocosa!’, eso iban a decir, por eso fue mi temor de ir de acercarme a ver, pero sí, sí fui”. (16USUARIA)

Otra vertiente que liga a la adolescencia con procesos de estigmatización puede encontrarse en la forma cómo se intercambia el concepto de

adolescencia como un grupo vulnerable a la clasificación, totalmente en desuso y discriminatoria (Bronfman y Magis, 2001), del grupo de riesgo:

“Bueno a mí me gusta trabajar con las adolescentes, en primer lugar porque son un grupo de mayor riesgo y pienso yo que ahorita en nuestro país es lo que más necesita trabajar con ellas”. (O9PROVEEDOR)

## **2. Sexualidad, responsabilidad e ideas preconcebidas acerca de los métodos**

Uno de los objetivos explícitos de los programas de salud reproductiva es el ejercicio libre, informado, pleno y sin riesgos de la sexualidad. La sexualidad, asumida como un derecho, entonces se torna en un pilar importante del derecho a la salud de todos los grupos sociales.

Para ello, contar con información adecuada es un requisito indispensable. En Perú, además de los hospitales, los programas de educación sexual para adolescentes en las escuelas son otra fuente de información, pero ésta no es suficiente para impactar a la población:

“Los adolescentes no tienen ese tipo educación todavía, están muy desorientados en eso, se necesita más en los colegios reforzar ese tipo de educación, sobre todo educación sexual para los adolescentes para después llegar a definir qué es planificación familiar para ellos, porque sin discutir temas sobre su sexualidad para mí es muy difícil de que ellos puedan empezar con una planificación todavía”. (O6PROVEEDOR)

Y dentro de estas campañas de información sobre la sexualidad, el tema del uso de métodos anticonceptivos es una parte concreta que tampoco está teniendo buenos resultados:

“(…) vienen del colegio sin ninguna información sobre los métodos anticonceptivos, ya que muchas veces en nuestro medio, la planificación familiar es (un tema) vetado, es un mito. Nuestros profesores parecen que no rompen todavía con esos mitos y no les dan la información necesaria a los chicos. Muchas veces entran los chicos, viniendo del colegio ya que, planificación familiar lo han dejado como curso, como un tema a investigar y yo conversando con los chicos les preguntaba ¿y ustedes no reciben un curso de planificación familiar en el colegio o digamos una clase de eso? me decían los chicos de que no, en ningún momento

el profesor les da clase de planificación familiar, solamente les deja eso como tema para que los chicos expongan, y los chicos tenían lógicamente que capacitarse bien en el consultorio para poder ir a exponer al aula". (06PROVEEDOR)

En los hospitales explorados, el tema de la sexualidad es un componente importante y siempre presente en el trato con las adolescentes, de allí que su construcción cotidiana sea parte de la interacción que se establece entre usuaria y proveedor de los servicios de salud reproductiva. En párrafos anteriores describimos cómo a partir de una concepción de la adolescente como un ente ingenuo, el ejercicio de la sexualidad se convierte en parte de los procesos de estigmatización que vive, que a su vez impiden la posibilidad de demandar atención. El proveedor de servicios, por su parte, se encuentra en una paradoja cuando se contrapone la idea de "inmadurez" de la adolescente con las implicaciones de un embarazo y la experiencia de la maternidad, situaciones asociadas imaginariamente a la adultez. Una forma de evitar estas barreras es subsumir el tema de la sexualidad a un imaginario de pareja estable para las usuarias:

"(...) una vez, no más, me hablaron de sexualidad, pero fue cuando entré con mi pareja nada más". (15USUARIA)

Existe consenso en torno a la necesidad de insertar a los varones adolescentes en los programas de salud reproductiva (Conferencia Internacional, 1994), tal como se observa en este testimonio:

"Yo pienso que tal como las mujeres, este, deben también cuidarse así los hombres tanto como las mujeres, para que ambos se puedan cuidar. Sugiero entonces que le den charlas a los hombres, no solamente a los esposos o a las parejas, también en los colegios, a la gente de afuera también, siempre es bueno saber". (10USUARIA)

Se hace necesario buscar mecanismos que faciliten la inserción de los adolescentes varones en los programas de salud reproductiva, pues los riesgos asociados a la falta de información no sólo están relacionados con el embarazo sino con la transmisión de ITS y VIH/SIDA.

Sin embargo, volver operativa esta premisa resulta más complejo que la buena intención de igualdad entre sexos, pues finalmente las implicaciones de un embarazo en la vida de una mujer adolescente son más inmediatas, concretas y apremiantes que en un hombre; de allí que los programas de salud reproductiva hagan más énfasis en la figura

femenina y que desde ese esquema se reproduzca el papel de la mujer como la única responsable de la procreación:

“Porque cuando ellas recién van a ser la primera vez madres todo es nuevo, hay que darles orientación, todo, de planificación familiar y todo lo que van a ser a futuro”. (10PROVEEDOR)

La idea de una sexualidad ligada a la presencia de una pareja estable del sexo masculino se reproduce también cuando el ejercicio de la sexualidad se liga al temor de un embarazo:

“Para cuidarme, para conocer a mi propio cuerpo también, para ser más responsable, con lo que hago, ya que si ya empecé a tener relaciones puedo salir embarazada y creo que no estoy en edad como para tener un hijo todavía”. (17USUARIA)

Y efectivamente, una de las premisas del ejercicio libre de la sexualidad es desligarlo del fin último de la procreación; sin embargo, contradictoriamente, el hacer demasiado énfasis en el riesgo del embarazo se imbrica con valores ligados al deber ser que, paradójicamente, inhiben la concepción de la sexualidad como un derecho lúdico, que se puede disfrutar:

Sí, (...) la señorita que nos atiende no nos felicita porque ya hayamos empezado a tener actividad sexual; nos felicita por ser este, comenzar a ser responsables para empezar a cuidarnos, y no tener hijos. (17USUARIA)

El imaginario hegemónico en una persona con vida sexualmente activa sería contar con una pareja sexual estable y ese imaginario se asocia a los adultos; sin embargo, los operadores de los programas de salud reproductiva se encuentran con que generalmente los compañeros sexuales de las adolescentes están ausentes o son ocasionales, lo que hace difícil su captación; además, reconocen que el programa está orientado a parejas consolidadas:

“En cuanto al tipo de relación de pareja que tienen los adolescentes es una relación muchísimo más inestable, comparada de los adultos; (...) los chicos abandonan el método porque cambian de pareja y nuevamente quieren una nueva pareja y ya se encuentran desprotegidos”. (03PROVEEDOR)

“Yo creo que hay que tener en cuenta también que la pareja es adolescente porque la planificación familiar al momento invoca

a la pareja. Generalmente hemos visto acá a adolescentes, casi las niñas, que son de pareja informal, son jóvenes dependientes de hogares sin pareja estable que se quedan con la mamá o con los familiares responsables y se nota que no toman conciencia de eso". (11PROVEEDOR)

Así, la idea de deber ser en torno a la sexualidad articula un discurso donde la expectativa social consiste en creer que la adolescente que utiliza métodos de planificación debe contar con una pareja estable:

"(...)¿cómo vas a empezar ya una relación con una pareja que ni sabes si te vas a casar. Y ellos (los padres) tienen la idea de que con la pareja que estás, con esa te vas a casar. Da miedo que te puedan un poco reprochar o reclamar. En el consultorio de planificación se supone que no te van a decir 'ay, está mal', ellas te escuchan y ellas te contestan, pero ellas no te reclaman; en cambio si le cuentas eso a tu mamá o a tu papá no van a decir lo mismo". (06USUARIA)

### **a) Imaginarios alrededor de los métodos anticonceptivos**

Otra barrera de acceso a los programas de salud reproductiva son las ideas preconcebidas, alejadas de la evidencia científica, que rodean al uso de métodos anticonceptivos. Ello indica la necesidad inmediata de reforzar la información relacionada con los efectos secundarios que estos métodos puedan tener. También son un indicador de la necesidad de continuidad de los programas y de abrir esta discusión en los grupos de adolescentes:

"Sí tenía un poco de miedo, porque a la mejor mañana, más tarde no podía tener bebés. Hasta una vez mi mamá me las encontró y le dijo a mi papá, le dijo a toda mi familia y me dijo que no iba a poder tener hijos, que mis hijos no iban a salir bien con el pasar del tiempo, cuando quisiera tenerlos, no iban a salir bien porque me estaba cuidando con las pastillas, que iban a salir enfermitos, que por eso esos niños salen con síndrome de Down".(11USUARIA)

Además los métodos anticonceptivos están rodeados de dudas acerca de su eficacia; estas creencias se producen y refuerzan fuera del espacio de los hospitales:

- "Yo he estado con el método de las pastillas, pero no me siento segura con las pastillas, mejor quiero otro método más efectivo".

- "Y ¿qué te han dicho al respecto?"

- "Que la pastilla no es segura".

- "¿Quién te dijo?"

- "Mi cuñada, porque ha salido embarazada, por eso me dijo que las pastillas no son seguras". (14USUARIA)

La anticoncepción también genera miedos relacionados con las enfermedades o con las complicaciones que puede provocar:

"Porque me daba un poco de miedo, porque me habían dicho que te ponen la T de cobre y te daba cáncer, así me habían dicho". (18USUARIA)

"(La T de cobre) se te puede quedar". (08 USUARIA)

"Yo me quise poner desde un principio la T de cobre, me dijeron que no, porque dijeron que se iba a secar mi leche, que mejor me cuidara con las pastillas y me dieron unas pastillas pero como estaba de viaje, ya no vine, y ahora quiero usar la ampolla pues ahora no confío en las pastillas porque varias personas ya me han dicho que las dejas de tomar un día y sales embarazada (...)". (09USUARIA)

### **3. Los procesos de atención, las barreras de acceso y el maltrato**

El sistema de referencia para el programa de Planificación Familiar más utilizado en los dos hospitales es a través del servicio de maternidad, aunque algunas adolescentes llegan directamente a solicitar información y métodos en los consultorios. En ambos casos son atendidas principalmente por un médico, una enfermera o generalmente una obstetriz. Allí se les brinda información, consejería y anticonceptivos. La atención para la anticoncepción es totalmente gratuita, pero el instrumental y los métodos no siempre están disponibles.

Los testimonios recabados señalan que la principal motivación para acudir a los programas de salud reproductiva en los dos hospitales es evitar un embarazo no deseado:

“Es que tuve mi susto la primera vez porque tuve retraso y yo nunca había tenido retraso mayormente en mí, pero después ya me vino; entonces decidí cuidarme”. (12USUARIA)

Las personas que asisten a estos programas son de escasos recursos y la gratuidad de estos permite el acceso a métodos de control natal:

“Bueno, yo quería la planificación familiar porque no tengo la posibilidad para pagar en otro sitio, y (...) pienso escoger ahora uno y por eso es que he acudido acá a planificación familiar”. (09USUARIA)

La percepción de las usuarias respecto a la atención que reciben en Planificación Familiar es mayoritariamente de regular a mala en el Instituto Materno Perinatal y buena en el Hospital Arzobispo Loayza (Cuadro 4); estos resultados llaman la atención teniendo en cuenta que en la primera institución la experiencia en la operación de programas de salud reproductiva es mayor, ya que desde el año de 1995 se cuenta con este tipo de servicios, en comparación con el Hospital Arzobispo Loayza, desde 1997.

La mayoría de las adolescentes entrevistadas ya han pasado por la experiencia de la maternidad y tienen claro que no desean otro hijo hasta conseguir otras metas, que generalmente se centran en el estudio:

“Yo no quiero tener más bebés, quiero, quiero estar estudiando, seguir mis estudios, para hacer algo en mi vida, y me he estado cuidando (...)”. (08USUARIA)

“Porque como ya tengo una bebita, antes no fui (a Planificación Familiar), sino después de tener mi bebita, porque pienso que a ella no, no la planifique y tener otro bebito ahorita no es, no está en mí, porque yo quería tener un bebito y tener algo que darle, y todavía a ella no he podido, por eso me cuido (...)”. (13USUARIA)

“Bueno gracias a que existe planificación ahora, en estos tiempos, uno ve la forma de cuidarse; porque a veces es un poco difícil, a veces tienes problemas con la pareja o a veces te deja o a veces la familia no está en comodidades, no tienes la posibilidad de salir adelante con un bebé, y bueno mi idea es que yo prefiero terminar mi carrera porque estoy estudiando y de ahí más adelante todavía tener hijos”. (15USUARIA)

Según la experiencia de las usuarias, el servicio de Planificación Familiar no asegura la confidencialidad de las usuarias en la conserjería ni privacidad en el examen físico, lo cual es corroborado por los datos reportados por los proveedores que refirieron escasa intimidad para las consultas y conserjería; casi la mitad de esta muestra reportó problemas desde regulares a graves en el trato y comunicación con sus pacientes (Cuadro 5). El servicio de Planificación Familiar brinda información y consejería sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y consejería, y los reportes de las usuarias señalan que ésta fue aceptable a pesar de la insuficiencia de material educativo, con posibilidad de intercambio de información a través de preguntas y respuestas, aunque hay una clara diferencia entre hospitales y entre el personal médico que atendió a la paciente (Cuadro 6). La confianza que despierta ese espacio y la utilidad que en estos servicios encuentran las adolescentes se expresan en los siguientes testimonios:

“(…) porque son personas que no las conozco y yo sé que nunca me irán a delatar, porque no me conocen”. (10USUARIA)

“Bueno yo creo que a mí me ha servido aparte de para no tener hijos todavía, para mantenerme informada de tantas enfermedades que hay, de cuáles son los síntomas y signos de esa enfermedad, o sea, para prevenirlos, prácticamente, y no solamente cuidarnos para no tener hijos”. (04USUARIA)

Desde la perspectiva de los proveedores de atención en Planificación Familiar, las barreras para brindar un buen servicio a las adolescentes son la falta de canales de comunicación con el paciente que retroalimenten su actividad, de capacitación para el trato con este grupo de la población y los prejuicios relacionados mayormente con el nivel educativo de la adolescente o su preferencia sexual, entre los temas explorados (Cuadro 7).

Las barreras de acceso a estos programas, reportados por las usuarias durante las entrevistas, las constituyen los miedos asociados al estigma de tener hijos durante la minoría de edad, situación ligada a la concepción de una adolescente cargada de ingenuidad; imaginario analizado en párrafos anteriores:

“Yo recién vengo, no venía yo, primera vez que vengo. Tuve vergüenza de venir acá (...), la señorita me dijo que viniera para cuidarme y yo no he venido. Me daba vergüenza porque ya había

tenido dos hijos. Tenía vergüenza y no quería venir, me daba miedo (...) tenía miedo a tener otro hijo y por eso no venía". (19USUARIA)

También se captó que estos imaginarios pueden reproducirse debido, entre otras causas, a la calidad de la información, percibida de regular a mala por casi la mayoría de las usuarias del Instituto Materno Perinatal y en un porcentaje cercano a la mitad en el Hospital Arzobispo Loayza (Cuadro 8). Los reportes en las entrevistas develan un poco más detalladamente las escasez de información durante los procesos de atención:

- "Estaba tomando pastillas, pero mejor me cambio por la inyección".
- "Y sobre la inyección ¿te han informado?"
- "No, no me han informado". (14USUARIA)
- "Me dijo, '¿con qué método te vas a cuidar?' y yo le dije 'con inyecciones, con ampollas' y ahí me lo puso".
- "¿Algo más te dijo sobre la ampolla?"
- "No, no me dijo, nada, eso na'más me dijo". (19USUARIA)

A su vez, el miedo al dolor asociado a la manipulación médica y a la falta de información cuando se realizan exámenes físicos o clínicos, antes y después de las pruebas (Cuadro 9) forma parte de las barreras de acceso reportadas por las usuarias:

"Sí, porque yo cuando preguntaba a personas mayores cómo, qué chequeo te hacía una obstetrix, me decían que te examinaban la vagina, que para ver si podía ser parto normal o ibas a ser cesariada, si eres estrecha; entonces, cuando la doctora me decía 'a la camilla para examinarte', me entraban unos nervios horribles, yo sentía que me iba a doler lo que me iba a examinar. Después cuando ya la señorita me habló todo, me dijo tienes que relajarte y todo ese miedo se me fue y ya cada vez que me examinaba ese miedo ya no se me venía (...)". (02USUARIA)

"Lo que no me ha gustado es que cuando revisan meten un pico de pato, eso lo meten y yo veo que lo dejan en una vajilla ahí, no lo lavan y creo que ahí con eso mismo revisan a otra". (10USUARIA)

El acudir en demanda de servicios de planificación familiar también se ve obstaculizado por las prácticas de machismo en una sociedad permeada por la desigualdad entre géneros:

“(…) porque mi esposo no quiere que yo venga, mi esposo no sabe, no le voy a decir, me lo voy a poner nada más”.  
(20USUARIA)

Si bien los reportes de buena calidad y trato con calidez en los consultorios fueron consistentes en las entrevistas con las usuarias (Cuadro 3), también los testimonios de maltrato físico o emocional por parte del personal de limpieza o de auxiliares de enfermería, sobre todo en el área de hospitalización, se repitieron:

“Las contracciones cómo me dolían, y una enfermera me dijo ‘quería tener hijos, sufre ahora’ y, con la vergüenza, tuve que aguantarme las contracciones para que no me lo volviera a decir”.  
(21USUARIA)

“Hubo una enfermera, más o menos una señora ya de edad, que era enfermera (...), el dolor me vino tan fuerte que me hizo gritar, entonces, la señorita me gritó que por qué gritaba, que yo misma había abierto las piernas, que me aguantara sino que con mi dolor me fuera a otro hospital, a otro centro médico. Eso es lo que a mí me dolió, porque yo estaba yo llegando con mi dolor y la enfermera me dijo eso”. (02USUARIA)

“En verdad, las enfermeras no nos ayudan, peor cuando eres cesareada, no puedes levantar muy rápido; no te ayudan”.  
(22USUARIA)

Además, el espectro de anticonceptivos es limitado y ese es otro de los problemas reportados por las usuarias, ya que algunos de los métodos no se adecuan a las necesidades de las adolescentes:

“Yo quisiera cuidarme con la ampolla de un mes, pero en el consultorio no hay, no dan ampolla de un mes, sólo hay de tres meses, y es por eso que elegí las pastillas. No puedo elegir la ampolla de tres meses porque si no, no me viene la regla y mi mamá se daría cuenta que me estoy cuidando”. (17USUARIA)

“Pero satisfecha completamente, no, porque, como decía mi compañera, me gustaría usar la ampolla de un mes, pero no puedo porque no hay, no te lo dan. Tienes que comprarlo en la

calle, y ponértelo, el costo que sale de tu bolsillo, a veces algunas no podemos". (23USUARIA)

Respecto a la infraestructura, la demanda expresada fue la necesidad de contar con mejores servicios sanitarios para las pacientes que esperan en los consultorios y un espacio más amplio para los consultorios:

"Que en los consultorios haiga baño. No hay baños cercas". (10USUARIA)

"Me gusta la atención, siempre las dudas que tenemos nos las resuelven, las doctoras siempre nos contestan. Lo que no me gusta es eso del baño, que se demoran mucho cuando entra una persona". (17USUARIA)

"Yo creo que debería ser un espacio más grande, porque son muchas las jóvenes, las adolescentes que quieren cuidarse y considero que debería ser más amplio". (24USUARIA)

La demanda de mayor uso de tecnología médica forma parte también de las necesidades expresadas de las adolescentes, aunque muchas veces éstas no van acordes a criterios de optimización de los recursos o a las recomendaciones médicas que establecen limitar el uso de exámenes clínicos para partos sin complicaciones clínicas evidentes:

"Lo único que hacen es medir la barriga, tomar al bebé a ver si está bien o está mal, eso es lo que no me gustó, porque te mandan hacer la ecografía después de cuatro o cinco meses para ver al bebé". (11USUARIA)

Esta necesidad se liga a la incertidumbre que provoca la falta de información:

"Bueno, yo sugeriría que los doctores no solamente nos revisen la barriga, pues solamente nos dicen que el bebé está bien, nos miden la barriga, pero en realidad no sabemos como está, nosotros lo sentimos que se está moviendo, pero necesitamos informarnos más". (09USUARIA)

Las sugerencias de las usuarias para fortalecer las campañas de información es la distribución de más folletos, además se hace necesaria la revisión de sus contenidos que son percibidos como poco adecuados (Cuadro 10) y un uso mayor de medios audiovisuales para la difusión de información ligada con educación sexual y métodos anticonceptivos:

“Que nos regalen folletos, pero folletos completos, porque a veces nos dan con poca información. Por ejemplo, yo quería usar el preservativo y los óvulos y me dieron solamente la información de ellos, y o sea no me dieron de todos, completo” (05USUARIA)

“Que haya video de psicoprofiláctico, del momento del parto para estar preparada. Se podría sentada, esperando, ver videos, sobre todo del momento del parto, de métodos anticonceptivos, del psicoprofiláctico”. (25USUARIA)

El tiempo que transcurre en las consultas fue otro de los temas reportados por las usuarias:

“Sí, yo me siento satisfecha pero me gustaría que el tiempo sea un poquito más largo, de repente porque hay un montón de chicas, te atienden más rápido, pero me gustaría que sea un poco más largo para conversar”. (24USUARIA)

#### **4. Las necesidades de los proveedores**

El proveedor de la atención a adolescentes es quien define más claramente las características de los programas de salud reproductiva dirigidos a este grupo:

“Bueno en la adolescencia no podemos hablar de planificación familiar, hablaríamos de opción anticonceptiva, ya que ellos no planifican sus familias, si no lo que desean es evitar un embarazo no deseado; ahora en cuanto a ellos la planificación es mucho más amplia, darles la información ya que vienen del colegio sin ninguna información sobre los métodos anticonceptivos”. (11PROVEEDOR)

Esta visión se topa con problemas concretos en el momento de hacer operativos los programas. Así, la percepción que tiene los proveedores respecto a la calidad de la atención coincide con la de las usuarias al señalar como un impedimento los largos tiempos de espera antes de brindar atención, la escasez de tiempo en la consulta y la falta de capacitación para mantener relaciones interpersonales adecuadas, que varía entre los hospitales y el personal de salud (Cuadro 11). Estas condiciones se asocian a un exceso de casos a atender, es decir la insuficiencia en la capacidad de atención de los programas dentro de los hospitales explorados:

“Considero que hay programas insuficientes para ellos en este hospital, todavía hay cosas que no entendemos. Muchas veces lo estamos viendo solamente desde la óptica del adulto, pero me parece que el adolescente tiene otra óptica y para ello creo yo que debería estructurarse otro tipo de programa. Yo pienso que acá es completamente insuficiente realmente lo que se hace”. (08PROVEEDOR)

Otro obstáculo que enfrenta el proveedor de la atención a la población adolescente es el seguimiento de los casos; no existe la capacidad instalada, ni personal o proceso adecuado que garantice el monitoreo de las adolescentes atendidas en los servicios de Planificación Familiar, además en ocasiones se enfrentan al desabasto de métodos anticonceptivos y materiales para la atención (Cuadro 12). A esto se suma la falta de difusión de la información, tarea imposible de realizar cuando existe exceso de trabajo y falta de recursos materiales y humanos. (Cuadro 12). Los testimonios de las usuarias expresan esta escasez de campañas informativas fuera del espacio del hospital; ello tuvo consecuencias importantes en sus vidas:

“Es que, yo salí embarazada a los 16 (años) y en el colegio no me hablaron mucho, no le hecho la culpa al colegio tampoco a mi mamá, nadie me conversó, y ahora yo vivo con mi abuelita y entonces me descuide también, salí embarazada”. (13USUARIA)

“No sé, o sea no tenía confianza, es una persona extraña y me daba vergüenza a mí venir a decirlo, o sea, para que me dieran algún método; además no sabía que eso era gratuito, y no hubiera salido embarazada si yo me hubiera cuidado, mi embarazo fue sin pensarlo, pero así estoy saliendo adelante”. (09USUARIA)

A pesar de las situaciones laborales desventajosas, la satisfacción de los proveedores respecto a su trabajo es calificada de regular a buena por la mayoría de los trabajadores encuestados (Cuadro 13), además ellos plantean formas de solución que incidirían en una mejora para la atención a adolescentes (Cuadro 14); así, si la experiencia en este campo se retoma, puede servir para mejorar la calidad de los servicios.

Los testimonios siguientes, de una usuaria y una trabajadora de los servicios, resumen en pocas palabras, la meta de calidad y la importancia

que estos programas adquieren en contextos donde la necesidad de ejercer los derechos reproductivos es impostergable:

“Bueno que traten bien, que sigan tratando bien, que nunca cambien, que sigan tratando bien a todas las pacientes, y que nunca cambien, eso es”. (14USUARIA)

“Bueno (...) yo he trabajado tanto con adultas y también con adolescentes. Para mí me parece es un reto trabajar con adolescentes, no es tan fácil, (...) con adolescentes es diferente, hay que saber llegar a ellas, hay que lograr esa confianza para que puedan confiar en nosotros, y poder decir cuáles son sus expectativas o necesidades o problemas que pueden tener. Entonces para mí es una satisfacción haber trabajado y desde ahí poder comprender al adolescente. Por la experiencia que he tenido ahora puedo entenderlas mucho mejor, tanto al grupo de adultas como adolescentes porque todas son personas que necesitan una oportunidad, pero de repente la adolescente necesita más de nosotras, mayor tiempo, más paciencia, entonces para mí este, trabajar con adolescentes es un reto y creo que como institución eso es lo que estamos tratando de lograr también”. (08PROVEEDOR)

---

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## Fundamentos de los programas

Como se puede observar en el apartado que analiza el concepto de adolescente, el cual guía la práctica de los proveedores en los dos hospitales, las ideas que lo circundan deberán ser analizadas y discutidas entre las personas que trabajan en los servicios de planificación familiar para adolescentes, tomando en consideración que la información es una herramienta que ayuda a salvar las barreras de comunicación y mitos que rodean el uso de métodos de planificación familiar y el derecho de todos los seres humanos al disfrute de su sexualidad. Los ejes para articular esta discusión y la construcción de otra forma de “mirar” al adolescente pueden ser:

1. Resignificación del adolescente como persona que tiene un saber, lo que hace necesario explorar los contextos culturales, económicos y emocionales de las usuarios para así adecuar las tareas de información preventiva, uso de anticonceptivos y ejercicio de la sexualidad a las necesidades de esta población.

2. Dado que no todas las usuarias han tenido una experiencia de embarazo, hacer una distinción entre las jóvenes que acuden al servicio de planificación familiar una vez que han pasado por la experiencia de la maternidad, de aquellas que acuden por información en el inicio de su vida sexual. Asimismo, fortalecer la relación que mantienen con las escuelas y las comunidades, con el fin de consolidar las tareas preventivas. En este sentido se hace necesaria la elaboración de lineamientos para programas específicos de coordinación intersectorial, con enfoque de género, donde el adolescente varón también tenga acceso a la información, métodos y, en su caso, a la atención.

3. Revisar el enfoque que sobre sexualidad se brinda a las usuarias de los servicios de planificación familiar. Es necesario que los programas incorporen una visión lúdica y de derecho de su ejercicio, a través de talleres de discusión sobre prevención del embarazo y derechos humanos y reproductivos.

4. Los programas de planificación familiar están impregnados de un imaginario que relaciona ejercicio de la sexualidad con presencia de una pareja estable y esto no necesariamente sucede en el caso de la adolescencia. Esto implica una amplia discusión en grupos de trabajo con personas expertas en el tema.

5. Otro aspecto que debe revisarse es el proceso de información en todo el proceso de atención; por ejemplo, los reportes indican una escasez de información antes y después de la realización del examen físico y en ocasiones, de la administración de métodos anticonceptivos; esta falta de información permite la construcción de imaginarios relacionados con la sexualidad y los métodos anticonceptivos, alejados de la evidencia científica.

6. En el caso del Instituto Materno Perinatal se hace necesario llevar a cabo talleres de reflexión para incentivar una mejor atención. Debido a que en esa institución el programa de salud reproductiva con énfasis en la adolescencia lleva operando más tiempo, se cuenta con un bagaje de experiencias que no debe ser desaprovechado. Los cursos de actualización y los espacios de discusión permitirían una mejor comunicación de experiencias entre el personal, y redundaría en una mejora de la calidad de la atención. Además podría ser útil el intercambio de experiencias con el personal del Hospital Arzobispo Loayza, coordinado y supervisado por personas expertas en el manejo de grupos.

7. Resulta interesante constatar que en el hospital Arzobispo Loayza se logra conciliar la preferencia de las usuarias hacia determinado método con la indicación del personal de salud. Esta experiencia también puede ser difundida a través de encuentros entre el personal de salud de ambas instituciones.

8. La inclusión de información que aclare la diferencia entre un grupo vulnerable y el concepto de grupo de riesgo es también uno de los elementos que conviene discutir en el marco de los derechos humanos; el "grupo de riesgo" tiene una connotación negativa, que puede dar lugar a prácticas discriminatorias en el acceso para la atención, al uso de métodos anticonceptivos y a la información sobre sexualidad.

9. Al constatar que, a pesar de los esfuerzos en torno a la difusión de la información sobre los métodos anticonceptivos existen ideas preconcebidas respecto a su uso, alejadas de la evidencia científica, es necesario fortalecer la información que se brinda en los consultorios a través de folletos,

anuncios y videos donde se desmitifiquen estas ideas y se brinde información alternativa. Además, deberá investigarse el origen de tales ideas preconcebidas para facilitar la intervención sobre las mismas.

### **Procesos de atención**

Respecto a la atención que se brinda en los consultorios, los datos señalan que ésta es aceptable; sin embargo, el área de auxiliares de enfermería y de limpieza obstaculiza, y en ocasiones pone en riesgo, el acceso a los servicios dado que realiza acciones que son identificadas por las usuarias como maltrato. Ello indica la necesidad de incluir a este personal en los talleres de actualización y monitorear su quehacer; así como crear en los hospitales un espacio con autonomía relativa para la atención de quejas y su seguimiento. Otro aspecto que es necesario revisar son los prolongados tiempos de espera y la escasa duración de la consulta, reportados por las usuarias de ambos hospitales en un porcentaje alto. Estos indicadores pueden estar relacionados con una alta demanda y escasa capacidad de respuesta por parte de las instituciones y también con procesos burocráticos ineficaces.

Ahora bien, resulta importante señalar que los proveedores de los servicios señalaron barrera para su actualización tanto en aspectos técnicos de la salud reproductiva de los adolescentes, como en los relacionados con comunicación para realizar labores de consejería.

Una condición para la operación de la consejería es readecuar los espacios físicos y brindar insumos de trabajo, comprometiendo en estas tareas a los directivos de los hospitales, todo ello con base en las necesidades expresadas por los trabajadores y sintetizadas en el cuadro 16. Igualmente, deberán organizarse de tal manera que el tiempo de atención sea suficiente y que la rotación del personal capacitado y motivado sea la mínima posible para garantizar la calidad de los servicios. La actualización y disponibilidad en los consultorios de los manuales de procedimientos, es también indispensable para el logro del objetivo de la calidad.

La información señala que los métodos de anticoncepción preferidos por las usuarias son principalmente los hormonales; esta preferencia puede asociarse con factores culturales o con la inducción a la demanda que los proveedores pueden realizar. Sin embargo, la salud reproductiva también abarca la prevención de infecciones de transmisión sexual entre las que

se incluye al VIH, por lo que se considera importante señalar que un porcentaje mínimo de usuarias reportó el uso del condón como método de anticoncepción, lo cual incrementa los riesgos a la transmisión de infecciones. De allí la sugerencia de reforzar la información asociada al uso del condón y la importancia de su utilización en contextos de transmisión de VIH/SIDA.

### **Estructura para la atención**

Otro aspecto que debe ser monitoreado y garantizado es la existencia de espacios y conductas que aseguren la intimidad y la confidencialidad de las pacientes dado que los reportes de usuarias y proveedores coinciden en su importancia y la dificultad de garantizarlos.

Si bien las pacientes reportan un buen servicio y lo recomendarían a otras personas, también se indica una importante carencia de capacidad para la consejería, que podría asociarse a la falta de capacitación en estos temas por parte de los proveedores. La consejería, reforzada con material impreso y audiovisual, que es necesario revisar y adecuar, podría constituirse también en un espacio importante de prevención para los embarazos, enfermedades y prejuicios asociados a los adolescentes.

El sistema de seguimiento de pacientes se hace únicamente a través de las citas médicas, lo cual es insuficiente para garantizar el control y la continuidad de los métodos seleccionados y de las usuarias. Por ello se propone el diseño de estrategias para hacer un seguimiento fuera del hospital, ya sea a través de visitas domiciliarias o otra forma de contacto con las usuarias, aprovechando por ejemplo los recursos de estudiantes de diferentes profesiones del área de salud o del área social, teniendo en cuenta el carácter docente de los dos hospitales.

Por último, se recomienda el análisis y discusión de las propuestas ante los problemas detectados por los proveedores y los usuarios, clasificándose en cambios inmediatos, mediatos y a largo plazo, con el fin de mejorar la calidad de los servicios. Igualmente, deberán detectarse aquellos cambios que puedan ser realizados por los hospitales de manera autónoma y los que requieran el concurso de otras instancias.

**Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra de usuarias y proveedores. Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002**

Características	Usuarías			Proveedores			
	IMP (n=50)	HAL (n=50)	x	IMP (n=29)	HAL (n=26)	x	
Edad Rango	17.38 13 - 19	18.08 15 -19	17.78	38.72	37.07	37.89	
Sexo	Masculino	0.00	0.00	0.00	24.14	19.23	21.69
	Femenino	100.00	100.00	100.00	75.86	80.77	78.31
Lugar de procedencia	Lima	44.90	78.00	61.45	--	--	--
	Otros	55.10	22.00	38.55	--	--	--
	Costa	--	27.27	--	--	--	--
	Sierra	44.44	27.27	35.86	--	--	--
	Selva	55.56	45.45	50.50	--	--	--
Escolaridad	Primaria	16.00	6.00	11.00	--	--	--
	Secundaria	82.00	80.00	81.00	--	--	--
	Superior	2.00	14.00	8.00	--	--	--
Ocupación	Estudia	16.33	39.00	27.67	--	--	--
	Trabaja	20.41	4.00	12.20	--	--	--
	Ambas	2.04	56.00	29.02	--	--	--
	Hogar	61.22	1.00	31.11	--	--	--
Estado civil	Soltero	34.00	44.00	39.00	48.28	57.65	52.97
	Casado	4.00	4.00	4.00	44.83	34.62	39.73
	Unión Libre	60.00	52.00	56.00	--	--	--
	Divorciado	2.00	--	--	6.29	3.85	--
	/separado	--	--	--	--	--	--
Religión	Católica	56.00.	80.00	68.00	96.55	96.15	96.35
	Otras	18.00	4.00	11.00	3.45	3.85	3.64
	Ninguna	26.00	16.00	21.00	--	--	--
		--	--	--	(n=19)	(n=13)	(n=32)
Número de hijos	Ninguno	--	--	--	0.00	0.00	0.00
	Uno	--	--	--	42.11	38.46	40.29
	Dos o más	--	--	--	57.89	61.53	59.71

**Cuadro 2. Porcentaje de utilización, satisfacción y respeto a la elección de métodos anticonceptivos en adolescentes entrevistadas. Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002**

	IMP	HAL
	%	%
<b>Adolescentes que decidieron usar por primera vez un método anticonceptivo</b>	<b>(n=30)</b>	<b>(n=21)</b>
Inyecciones	62.7	38.89
Pastillas	34.48	33.33
Dispositivo intrauterino	3.45	16.67
Condón	0.00	5.56
Ritmo	0.00	5.56
<b>Adolescentes que ya usaban un método anticonceptivo</b>	<b>(n=19)</b>	<b>(n=29)</b>
Inyecciones	100.00	96.55
Pastillas	84.21	50.00
Dispositivo intrauterino	15.79	35.71
Condón	0.00	7.14
Ritmo	0.00	7.14
<b>Reportes de satisfacción por el método elegido</b>	<b>(n=48)</b>	<b>(n=43)</b>
Satisfecha	38.46	81.40
Se siente segura, es adecuado, no se olvida su uso	69.23	68.57
La pareja está de acuerdo	23.08	14.29
No le va a hacer daño	7.69	17.14
Sirve para planificar	0.00	
Regularmente satisfecha	14.58	11.63
Se puede olvidar de usarlo, tomarlo	71.43	0.00
A veces no se los dan en los servicios	14.29	0.00
Falta información acerca de su uso y reacciones secundarias	14.29	0.00
Produce molestias o sangrados	0.00	40.00
No es seguro	0.00	20.00
Engorda	0.00	20.00
Apenas lo va a probar	0.00	20.00
Insatisfecha	58.33	6.98
No tiene información	14.29	0.00
No eligió el método	10.71	0.00
Preferiría otro método	75.00	33.33
Le hace mal	0.00	66.67
<b>Preferiría usar otro método del que está usando</b>	<b>(n=47)</b>	<b>(n=42)</b>
	<b>82.98</b>	<b>35.71</b>
<b>Reporte de quién decidió el tipo de método anticonceptivo</b>	<b>(n=48)</b>	<b>(n=45)</b>
La usuaria	27.08	80.00
Médico	62.50	2.22
Otro profesional	2.08	11.11
La pareja	33.33	13.33
Otros	10.42	2.22
<b>Usuaris que refieren respeto a su decisión en el uso del método anticonceptivo por parte del personal de salud</b>	<b>(n=47)</b>	<b>(n=45)</b>
Se respetó su decisión	12.77	88.89
Se respetó un poco su decisión	34.04	11.11
No se respetó	53.19	0.00

**Cuadro 3. Persona que acompaña a usuaria, consentimiento solicitado por el proveedor o pareja, padres o familiares de adolescentes, percepción de la demanda y trato recibido por las usuarias en Planificación Familiar. Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	<b>IMP</b> (n=49) %	<b>HAL</b> (n=50) %		
Acuden acompañadas:				
Familiar	81.63	64.00		
Amigo	94.87	87.50		
Otros	2.56	0.00		
	2.56	12.50		
<b>Solicitud de consentimiento de los proveedores para con pareja, padres o familiares, según método</b>	<b>(n=29)</b> %	<b>(n=26)</b> %		
	<b>Sí piden consentimiento</b>	<b>No piden consentimiento</b>	<b>Sí piden consentimiento</b>	<b>No piden consentimiento</b>
<i>Condón</i>	0.00	44.83	1.54	30.77
<i>Pastillas</i>	0.00	44.83	7.69	34.62
<i>Inyecciones</i>	3.45	41.38	41.38	34.62
<i>Dispositivo intrauterino</i>	0.00	44.83	7.69	34.62
<i>Métodos de emergencia</i>	0.00	44.83	7.69	34.62
<i>Métodos definitivos</i>	31.01	13.79	26.92	15.38
<b>Razones de la de manda de atención</b>	<b>(n=49)</b> %	<b>(n=50)</b> %		
Por consejo o recomendación	46.94	26.00		
Por haber recibido buena atención anteriormente	18.37	8.00		
Para no tener hijos	28.57	36.00		
La enviaron	6.12	0.00		
Para recibir información o métodos anticonceptivos	0.00	30.00		
<b>Trato reportado en el servicio</b>	<b>(n=49)</b>	<b>(n=49)</b>		
<b>Buen trato:</b>	34.69	75.51		
Son buenos, amables	64.71	94.59		
Son comprensivos	5.88	0.00		
La respetaron	5.88	0.00		
Le dieron información	23.52	0.00		
Atención pronta y oportuna	0.00	5.41		
<b>Trato regular:</b>	46.94	20.41		
Algunos tratan mal	30.43	0.00		
Al menos las enfermeras tratan bien	4.35	0.00		
Médicos no tratan bien	13.04	0.00		
Obstetrices tratan mal	13.04	0.00		
Tratan como adultos	26.09	0.00		
No dan confianza	4.35	0.00		
Hablan poco	4.35	0.00		
Venden productos en los servicios	4.35	0.00		
No todos tratan bien	0.00	100.00		
	18.37	4.08		
<b>Maltrato</b>				
El personal grita	66.67	0.00		
No tratan como adolescentes	22.22	0.00		
Personal de limpieza trata mal	11.11	0.00		
No atienden bien	0.00	100.00		

**Cuadro 4. Percepción de usuarias respecto a la atención brindada, capacidad para brindar consejería por parte de los proveedores y recomendación a otras personas de los servicios de Planificación familiar. Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	IMP	HAL
<b>Opiniones</b>	<b>(n=48)</b>	<b>(n=49)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Buena atención	16.67	83.67
Atienden bien	75.00	87.81
Tienen buena higiene	25.00	0.00
Despejan las dudas	0.00	4.88
Proporcionan buena información	0.00	7.32
Atención regular	72.92	16.33
Tratan bien pero falta información	17.14	0.00
Tratan bien pero falta paciencia	14.29	0.00
A veces no tratan bien	34.20	37.50
No reciben trato de adolescentes	22.86	0.00
No hay suficiente confianza	5.71	0.00
Venden cosas en los servicios	2.86	0.00
Largos tiempos de espera en recepción	2.86	0.00
Algunos son buenos	0.00	37.50
Falta conversar más	0.00	12.50
Falta higiene	0.00	12.50
Mala atención	10.42	0.00
No dan suficiente información	40.00	0.00
No tiene paciencia	60.00	0.00
<b>Capacidad para consejería</b>	<b>(n=48)</b>	<b>(n=48)</b>
Buena	6.25	62.50
Regular	43.75	35.42
Mala	50.00	2.08
<b>Recomendaría el servicio a otra persona</b>	<b>(n=48)</b>	<b>(n=50)</b>
Sí	85.42	98.00
A veces	12.50	2.00
No	2.08	0.00

**Cuadro 5. Percepción de los proveedores respecto a las condiciones para garantizar la intimidad; buen trato y comunicación con los usuarios Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	IMP	HAL
<b><i>Intimidad y privacidad durante la atención</i></b>	(n=28)	(n=26)
	%	%
Durante la consejería u orientación	53.57	65.38
Durante el examen físico	32.14	68.00
<b><i>Buen trato y comunicación</i></b>	IMP	HAL
	(n=29)	(n=26)
	%	%
1. Sí	27.59	61.54
Buenas relaciones interpersonales	37.50	56.25
Todos son sinceros, hay comunicación después de la atención	12.50	12.50
Se trabaja en equipo	25.00	31.25
Otros	25.00	--
2. Regular	51.72	12.50
Poco trato/ poca comunicación	42.86	--
Uno se comunica mas o menos con ellos	7.14	38.46
Hay poca coordinación y poco interés	14.29	--
Mayor tiempo/ falta comunicación	7.14	--
Mucha actividad asistencial	7.14	--
Hay celos profesionales	--	30.00
Falta comunicación	--	40.00
Insatisfacción por diferencias	--	20.00
No hay afinidad	--	10.00
Otros	21.43	--
3. No	20.69	--
Diferencias insalvables entre profesionales/rivalidades	33.33	--
No nos consideran	66.67	--

**Cuadro 6. Reporte de adolescentes respecto a confianza que brindan los proveedores, preguntas y respuestas.**

Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.

Proveedor con el que sienten más confianza*:	IMP (n=43) %		HAL (n=35) %	
	Acudió por primera vez	Acudió dos o más veces	Acudió por primera vez	Acudió dos o más veces
Médico/a	17.86	36.84	38.89	13.79
Enfermera	71.43	47.37	22.22	27.59
Psicóloga	7.14	5.26	5.56	6.90
Obstetriz	46.43	31.58	33.33	72.41
Todos	0.00	21.05	0.00	3.45
Técnica de enfermería	10.71	0.00	11.11	0.00
Otros	0.00	0.00	5.56	3.45
<b>Tuvieron preguntas para los proveedores</b>	<b>IMP (n=49) %</b>		<b>HAL (n=50) %</b>	
	87.76		70.00	
<b>Quedaron satisfechas con las respuestas que les dieron miembros del equipo de salud</b>	<b>(n=43)</b>		<b>(n=35)</b>	
Sí	81.40		94.29	
Regular	9.30		5.71	
No	9.30		0.00	
*Se seleccionó más de una respuesta				

**Cuadro 7. Reportaje de cursos de capacitación recibidos, percepción de barreras para el intercambio de información y prejuicios del personal de salud. Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	<b>IMP</b> <b>(n=29)</b> <b>%</b>	<b>HAL</b> <b>(n=26)</b> <b>%</b>
<b>Capacitación en relaciones interpersonales con adolescentes</b>	<b>48.28</b>	<b>3.85</b>
Fechas		
1995-1997	7.14	0.00
1996-2000	7.14	0.00
1997	0.00	100.00
1998-2001	78.57	0.00
<b>Razones por las cuales no han recibido capacitación*</b>	<b>(n=15)</b>	<b>(n=25)</b>
Exceso de actividades y falta tiempo	40.00	50.00
Atiende a muchos pacientes	80.00	33.33
No es prioritario capacitarse	100.00	50.100
Sólo debe hacerlo el personal directamente relacionado con la consulta	85.71	100.00
Otras razones (no les corresponde, escaso recursos económicos, no les dan permisos, etc)	55.56	100.00
	<b>IMP</b>	<b>HAL</b>
<b>Dificultades para dar consejería a usuarios *</b>	<b>(n=6)</b>	<b>(n=3)</b>
Muchas actividades y escaso tiempo	66.67	100.00
Exceso de demanda de atención	50.00	100.00
No consideran prioritario brindar indicaciones sobre métodos anticonceptivos	20.00	0.00
Se transfiere a otro personal encargado de la orientación	66.67	100.00
Otras razones (no les corresponde, escasos recursos económicos, falta de permisos y/o oportunidades)	33.33	33.33
<b>Temas sobre los cuáles perciben prejuicios frente a los adolescentes*</b>	<b>(n=29)</b>	<b>(n=26)</b>
Nivel educativo del adolescente	20.69	88.46
Religión de los adolescentes	6.90	0.00
Sexo de los adolescentes	3.45	0.00
Preferencias sexuales de los adolescentes	37.93	11.54
Grupo étnico de los adolescentes	3.45	11.54
Nivel socioeconómico del adolescente	37.93	0.00
*Se seleccionó más de una respuesta		

**Cuadro 8. Opinión de las adolescentes sobre calidad de la información recibida en los servicios de Planificación Familiar.**

**Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

Calidad de la información:	IMP		HAL	
	Acudió por primera vez (n=30)	Acudió dos o más veces (n=19)	Acudió por primera vez (n=21)	Acudió dos o más veces (n=28)
<b>1. Buena</b>	<b>10.00</b>	<b>15.79</b>	<b>66.67</b>	<b>75.00</b>
Les hablaron de métodos anticonceptivos	100.00	0.00	14.29	0.00
Saben/enseñan bien, explican lo necesario, proporcionan información	0.00	33.33	85.71	100.00
Saben pero explican poco	0.00	66.67	0.00	0.00
<b>2. Regular</b>	<b>26.67</b>	<b>42.11</b>	<b>23.81</b>	<b>14.29</b>
Hablan muy rápido	75.00	0.00	0.00	0.00
Falta tiempo	25.00	0.00	20.00	0.00
Falta información, quedan dudas	0.00	87.50	60.00	100.00
Faltan insumos para explicación	0.00	0.00	20.00	0.00
No muestran seguridad en la explicación	0.00	12.50	0.00	0.00
<b>3. Mala</b>	<b>63.33</b>	<b>42.11</b>	<b>9.52</b>	<b>10.71</b>
Falta información	36.84	75.00	0.00	0.00
Hablan poco	36.84	0.00	0.00	0.00
Sólo dan indicaciones generales o explican unos métodos	26.32	0.00	0.00	66.67
No dan recomendaciones	0.00	0.00	100.00	0.00
Quedan dudas, no comprenden todo	0.00	25.00	0.00	33.33

**Cuadro 9. Proporción de usuarias que refieren les practicaron exámenes clínicos y les brindaron información al respecto.**

**Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

<b>Realización de examen físico en consultorio de Planificación Familiar</b>	<b>IMP %</b>	<b>HAL %</b>
Usuarias que acuden por primera vez a consulta	(n=30) 76.67	(n=21) 90.48
Usuarias que acuden por segunda vez o más a consulta	(n=19) 94.74	(n=29) 79.1
<b>Información respecto al examen</b>	<b>(n=41)</b>	<b>(n=42)</b>
<b>Antes:</b>		
Le informaron que la iban a examinar	41.46	97.62
No le informaron	56.10	2.38
Le informaron parcial o confusamente	2.44	0.00
<b>Después:</b>		
Le informaron sobre el resultado del examen	19.51	92.86
No le informaron	14.63	4.76
Le informaron parcial o confusamente	65.85	2.38

**Cuadro 10. Percepción de las usuarias respecto al acceso y calidad del material impreso y de las pláticas informativas en los servicios de Planificación familiar. Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	<b>IMP</b> <b>(n=43)</b> <b>%</b>	<b>HAL</b> <b>(n=43)</b> <b>%</b>
<b>Material impreso</b>		
Bueno	2.33	58.14
Tiene buenas láminas	100.00	
Explica bien los métodos		12.00
Contiene buena información		80.00
Enseñan lo necesario		8.00
Regular	62.79	16.28
Son buenos pero falta más material impreso y videos	85.19	100.00
No explican muy bien	14.81	0.00
Malos	34.88	25.58
En los consultorios falta material impreso	100.00	100.00
	<b>(n=49)</b>	<b>(n=50)</b>
<b>Pláticas educativas</b>		
Recibieron*	32.65	56.00
Tipo de información:		
Planificación familiar/Métodos anticonceptivos	93.75	100.00
Atención prenatal	37.50	39.29
Atención postnatal	37.50	32.14
ITS/VIH-SIDA	37.50	19.29
Otros	25.00	28.57
Entendieron el contenido de las charlas	(n=16)	(n=28)
Sí	37.50	78.57
Regular	50.00	14.29
No	12.50	7.14
	(n=16)	(n=28)
<i>Quedaron dudas</i>		
Sí	75.00	39.29
Temas:		
Métodos de anticoncepción	75.00	63.64
La pareja	8.33	0.00
Sexualidad	8.33	0.00
Todos	8.33	9.09
No recuerda	0.00	18.18
No	25.00	60.71
	(n=16)	(n=24)
	87.50	86.71
<b>Ayuda audiovisual</b>		
Se les mostró		
Cuidados del niño	23.08	0.00
Lactancia materna	7.69	8.70
Planificación Familiar/Métodos de anticoncepción	53.85	47.83
ITS/VIH/SIDA	15.38	26.09
Embarazo	0.00	17.39
*Señalaron más de una opción		

**Cuadro 11. Percepción de los proveedores respecto a los tiempos de espera, el tiempo de consulta para la atención y la capacitación en relaciones interpersonales con adolescentes, Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	<b>IMP</b>	<b>HAL</b>
<b>Percepción sobre tiempos de espera</b>	<b>(n=29)</b>	<b>(n=24)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Adecuado	17.24	33.33
Prolongado	82.75	66.67
	<b>(n=28)</b>	<b>(n=23)</b>
<b>Percepción sobre la duración de la consulta</b>		
Suficiente	10.71	8.70
Insuficiente	60.71	34.78
No realiza la actividad	28.57	56.52
<b>Capacitación para adecuadas relaciones interpersonales con usuarios</b>	<b>(n=29)</b>	<b>(n=26)</b>
Existe la capacidad	75.86	50.00
Existe una capacidad regular	13.79	34.62
No existe capacidad	10.34	15.38
<b>Opinión sobre el tipo de Personal de salud que no está capacitado para mantener adecuadas relaciones interpersonales con adolescentes*</b>	<b>(n=28)</b>	<b>(n=22)</b>
Médico general	50.00	13.64
Médico gineco-obstetra	53.57	22.73
Enfermera	10.71	31.87
Médico residente	57.14	40.91
Obstetriz	25.00	14.29
Asistente social	64.29	66.67
Psicóloga	14.29	9.52
Técnica/auxiliar de enfermería	89.29	95.24
Personal de servicio	75.00	95.24
*Se seleccionó más de una respuesta		

**Cuadro 12. Opinión de proveedores de servicios de salud sobre sistema de seguimiento, disponibilidad de métodos anticonceptivos, recursos materiales, humanos e infraestructura para realizar actividades Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2000.**

	<b>IMP</b> <b>(n=27)</b> <b>%</b>	<b>HAL</b> <b>(n=24)</b> <b>%</b>
<b>Formas de seguimiento</b>		
Se dan citas	100.00	100.00
Se hacen visitas domiciliarias	0.00	0.00
Otros	0.00	0.00
<b>Proveedores que refieren falta de métodos anticonceptivos</b>	<b>(n=29)</b>	<b>(n=26)</b>
Sí	13.79	26.92
No	37.93	30.77
A veces	34.48	7.69
No sabe	13.79	34.62
	<b>(n=29)</b>	<b>(n=24)</b>
<b>Opinión sobre disponibilidad de recursos</b>		
<b>Materiales</b>		
Sí	17.34	8.33
No	82.75	91.67
Escasez de:		
Consultorios	13.04	72.73
Folletos, afiches, videos, láminas y trípticos	86.96	27.27
<b>Humanos</b>		
Sí	13.79	24.00
No	86.21	76.00
Escasez de:		
Personal operativo calificado	45.83	10.53
Personal médico o profesional capacitado	54.17	89.47
<b>Infraestructura</b>		
Sí	21.43	21.74
No	78.57	78.26
Escasez de:		
Consultorios y baños	54.55	66.67
Ventilación e iluminación	18.18	1.11
Ambientes amplios para consejería	27.27	22.22

**Cuadro 13. Percepción de proveedores sobre la satisfacción en el trabajo de atención a adolescentes**

**Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	<b>IMP (n=28) %</b>	<b>HAL (n=25) %</b>
<b>Satisfecho</b>	60.71	40.00
Brinda atención integral, tiempo y confianza que los adolescentes requieren	11.76	10.00
Se identifica con los adolescentes	17.65	30.00
Es útil la labor desempeñada	11.76	0.00
Le gusta ayudar, orientar y trabajar con ellos	58.82	30.00
<i>Los usuarios se sienten satisfechos</i>	0.00	10.00
Otros	0.00	20.00
<b>Regularmente satisfecho</b>	32.14	56.00
No son suficientes los recursos materiales, humanos, capacitación y tiempo para el trabajo	44.44	42.86
No hay colaboración por parte del usuario	11.11	0.00
No se toma en cuenta la labor desempeñada	22.22	0.00
Sufren cambios frecuentes en el servicio	0.00	42.86
El trabajo está desorganizado	22.22	0.00
Ayuda en algo a los adolescentes	0.00	14.29
<b>Insatisfecho</b>	7.14	0.00
Falta material y recursos	50.00	0.00
Exceso de pacientes y falta de tiempo	50.00	0.00
<b>No trabaja en consultorio con ellos</b>	0.00	4.00

**Cuadro 14. Opinión sobre condiciones para la adecuada comunicación y propuestas de solución para problemas detectados**

**Instituto Materno Perinatal (IMP) y Hospital Arzobispo Loayza (HAL) de Lima, Perú. 2002.**

	<b>IMP</b>	<b>HAL</b>
<b>Información que consideran se debe proporcionar a los adolescentes</b>	<b>(n=29)</b>	<b>(n=25)</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Consejería en Planificación Familiar y métodos anticonceptivos	5.00	8.70
Acerca del cuerpo y salud sexual	7.14	65.22
La pareja	14.29	13.04
ITS/VIH/SIDA	7.14	8.70
Sexualidad	17.86	4.35
Salud mental	3.57	0.00
<b>Actitudes que se necesitan para establecer una adecuada comunicación con adolescentes</b>	<b>(n=28)</b>	<b>(n=26)</b>
Brindarles confianza, comunicación y comprensión	53.57	65.38
Comunicación de acuerdo a su lenguaje, con sencillez	14.29	11.54
Tener paciencia e informar	7.14	0.00
Establecer empatía, identificarse con adolescentes	14.29	11.54
Conocer su psicología y fisiología	3.57	0.00
Liberarse de prejuicios	7.14	0.00
Darles educación, charlas educativas	0.00	7.69
Ambiente adecuado, de afecto y calidez	0.00	3.85
<b>Acciones organizacionales que se necesitan para mantener buena comunicación con adolescentes</b>	<b>(n=29)</b>	<b>(n=24)</b>
Capacitación/talleres de integración	44.83	79.17
Conocimiento de la problemática del adolescente	6.90	12.50
Identificación con adolescentes, capacidad de escucha	13.79	8.33
Dedicar mayor tiempo y contar con más privacidad	10.34	0.00
Evitar la rotación de personal	3.45	0.00
Realizar reuniones con el personal	20.69	0.00

---

## Referencias del documento

Bronfman M, Magis C. Etica y SIDA: lo público y lo privado. En: Figueroa J.G. Elementos para un análisis ético de la reproducción. UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud/Programa Universitario de Estudios de Género. 2001. p. 155-178.

Bruce J. Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual. The Population Council, 1998. Vol. 21. p. 6-41.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Definición de la salud reproductiva, párrafo 7.2. Programa de Acción. El Cairo: 1994.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar . Programa de Encuesta de Demografía y de Salud Familiar. Lima, Perú: 2000. p. 48-57, 98-103.

Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Salud Pública de México: 1997, Vol. 39. p. 137-143.



Ó

ó

í

ó

