

LA GESTIÓN PÚBLICA DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ADOLESCENTES: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES ORIENTADO A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL DE HUAYCÁN. PERÍODO: 2005 AL 2008

The public management of the policies of health in adolescents: analysis of the Program of Sexual and Reproductive Health of Adolescents oriented to improving the quality of the services of Hospital de Huaycán. Period: 2005- 2008

Sara Emilia Remuzgo Huamán¹

RESUMEN

Objetivo: *Evaluar los medios que influyen en la calidad de atención de los servicios del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PSSR) de los adolescentes del Hospital de Huaycán, desde las perspectivas del adolescente, del proveedor de salud y de la sociedad civil.*

Material y método: *Estudio descriptivo, comparativo, longitudinal, aplicado, que comprende el empleo de encuestas y entrevistas individualizadas, hecho en el Hospital de Huaycán. El cuestionario sobre salud sexual y reproductiva se realizó a 20 adolescentes usuarios(as) y no usuarios(as) con edades comprendidas entre los 15 a 19 años. El cuestionario de la entrevista personalizada se aplicó a 13 proveedores de salud y a 10 especialistas de la sociedad civil.*

Resultados: *Los adolescentes presentan nivel medio (55%) y bajo (45%) de conocimientos, mientras que el 50% tiene actitudes indiferentes sobre su SSR. El grado de satisfacción sobre la atención recibida es calificado por los adolescentes como regular (55%) y la insatisfacción alcanza el 40%. Los conocimientos y manejo de protocolos de atención de los proveedores de salud tienen un nivel medio (76,92%) y bajo (23,08%), respectivamente.*

Conclusiones: *El PSSR de adolescentes del Hospital de Huaycán no presenta adecuados factores protectores, pues el conocimiento regular y el manejo insuficiente de protocolos de atención sobre el PSSR, por parte de los proveedores de salud, repercuten en los conocimientos y actitudes de los usuarios adolescentes del programa. Estos se ven afectados por la ausencia de mecanismos de coordinación entre el Ministerio de Salud y la sociedad civil, dificultando la mejora de la calidad de atención.*

Palabras clave: *políticas de salud, servicios de salud para adolescentes*

ABSTRACT

Objective: *To evaluate the means that influence in the quality of attention of the services of the Program of Sexual and Reproductive Health (PSSR) of the adolescents of the Hospital de Huaycán from the perspective of the adolescent, of the supplier of health and of the civil society.*

Material and method: *Descriptive, comparative, longitudinal study, applied that includes the use of surveys and individualized interviews, done in the Hospital de Huaycán. The questionnaire on SSR was made to 20 adolescents users and nonusers with an age between 15 to 19 years. The questionnaire of the customized interview was applied to 13 suppliers of health and to 10 specialists of the civil society.*

Results: *The adolescents presented intermediate (55%) and low level (45%) of knowledge, while 50% showed indifferent attitudes on their SSR. The satisfaction degree is described by the adolescents as regular (55%) and 40% are dissatisfied about the attention received in the consultations. The level of knowledge and handling of attention protocols of the health suppliers is intermediate (76.92%) and low (23.08%), respectively.*

Conclusions: *The PSSR of adolescents of the Hospital de Huaycán does not present suitable protective factors because the regular knowledge and insufficient handling of attention protocols on the PSSR of the health suppliers impacts in the knowledge and attitudes of the adolescent users of the program, making difficult the improvement of the quality of attention.*

Key words: *health policy, adolescent health services*

¹Licenciada en Obstetricia. Magister en Ciencias Políticas. Docente de la Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Obstetricia y Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El presente documento de investigación analiza el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de

Adolescentes (PSSR) orientado en la mejora de la calidad de atención de los servicios del Hospital de Huaycán, a través de tres perspectivas: la primera, desde los adolescentes; la segunda, desde los/las

proveedores(as) de salud, y la tercera, desde la sociedad civil; teniendo como sede principal el Hospital de Huaycán I. El estudio comprende desde el año 2005 hasta el 2008. La Organización Mundial de la Salud en el documento "The second decade: improving adolescent health and development" sostiene que los retos para aplicar el concepto de salud sexual y reproductiva están relacionados con la multiculturalidad, etnicidad, condición de género, situación económica, ubicación geográfica y desarrollo de los diferentes sistemas de salud¹.

Una política pública no sólo es un argumento persuasivo o razonamiento sino también un arte. Significa esto que el análisis de las políticas no se puede realizar competentemente, ni emplear con propiedad, sin una apreciación de su aspecto artesanal o artístico. Es por ello que se entiende que la conclusión de un estudio de políticas puede ser un pronóstico, una recomendación, una evaluación de los programas vigentes, una propuesta nueva o una perspectiva diferente sobre un problema antiguo. Es por ello que en el estudio de investigación se pretende entender cómo se comporta efectivamente el Programa, si logra lo que se busca, y en caso contrario, cómo puede mejorarse o cancelarse. En realidad, los valores y las opiniones cuentan mucho en la evaluación, y es por ello que la evaluación de un resultado particular depende de los supuestos y criterios adoptados por el evaluador². Por tanto, el presente trabajo de investigación busca medir los outcomes (impactos de un programa) y los indicadores a evaluar son los de eficacia y de calidad. Es decir, medir cuánto se ha hecho y qué tan bien se hizo³.

Tradicionalmente los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud han estado enfocados en la oferta⁴, a través del aprovisionamiento de suministros, equipamiento y fortalecimiento de las competencias y habilidades de los proveedores(as) de salud a nivel técnico y de consejería. Es por ello que llama sobremanera la atención la experiencia de "Stronger voices for reproductive health"⁵, proyecto liderado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)- 2001, donde Perú (San Juan de Lurigancho Lima, Ayacucho y Ucayali) fue el único país de Latinoamérica seleccionado para participar en la experiencia del tema de calidad en salud sexual y reproductiva. Su propuesta consistió en integrar a las y los usuarios, es decir a "la demanda", como un actor esencial para el mejoramiento continuo de la calidad. El modelo de calidad que propone esta investigación acerca a proveedores(as) de salud y a los/las usuarios(as)

adolescentes a través de un diálogo respetuoso. De esta manera se identifican prioridades y desarrollan estrategias conjuntas para mejorar los servicios y sus prácticas en salud sexual y reproductiva (SSR). En tal sentido, esta propuesta empodera a usuarios(as) adolescentes brindándoles una gran fuerza para asegurar que los pasos en la mejora de la calidad en salud sexual y reproductiva sean dados. Es así que la investigación busca evidenciar que el mejoramiento de la SSR de los/las adolescentes es responsabilidad compartida por todos los actores sociales. Esta perspectiva en la que se fortalecen y articulan diferentes sectores (público, privado y sociedad civil) para comprender y orientar un nuevo modelo de desarrollo en salud se encuentra en la base de los mandatos planteados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)⁶ realizada en El Cairo.

En lo que respecta a la identificación de la participación de los aliados estratégicos de la comunidad de Huaycán en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes; y dado que nadie conoce mejor que los propios interesados qué les favorece y qué les perjudica, la mejor manera de identificar a los involucrados, beneficiados y perjudicados es interrogándolos. Todas las políticas se debieran hacer en diálogo con la sociedad, cuyos miembros debieran participar tanto en el diseño como en el proceso político de la aprobación y la implementación, pues es en el diálogo con los distintos componentes de la sociedad que se puede conocer quiénes son los involucrados. El objetivo de las alianzas es el principio de ayuda mutua, porque es una manera de influenciar sobre la sociedad. El análisis de los involucrados ofrece información ordenada y clasificada sobre las posibles acciones de los afectados, lo cual es útil para la toma de decisiones, pero no sustituye a la discreción y buen juicio de quienes las toman⁷. Al respecto, en el presente trabajo de investigación se busca realizar un "mapeo de actores", de los involucrados y los no involucrados de la comunidad, en su relación con la problemática de adolescentes del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital de Huaycán.

La Comunidad Urbana Autogestionaria de Huaycán (CUAH), zona que está ubicada en el extremo este del distrito de Ate-Vitarte, fundada el 15 de julio de 1984 con una primera población de 4.000 habitantes, en el 2008 tenía 147.729 habitantes, según datos de la Unidad de Estadística

del Hospital de Huaycán I. Es una comunidad que fue golpeada por la violencia terrorista en los noventa y que según estudios de SAMUSAMI, organismo no gubernamental francesa con sede en Huaycán desde el año de 1993, figura con altos índices de desnutrición. En Huaycán se encuentran una gran cantidad de discotecas, salsódromos, chichódromos, formales e informales, los que se constituyen en entornos desfavorables para los niños y adolescentes por los peligros y riesgos que su presencia conlleva. Este entorno influye en la calidad de vida de los pobladores de la comunidad. La CUAH cuenta con un único hospital local, cuya capacidad es rebasada por el crecimiento poblacional.

El Hospital local de Huaycán I presenta indicadores desfavorables a su desarrollo. Según el Informe de la Unidad de Estadística del Hospital de Huaycán - 2005 al 2008, en el 2005 hubo un 20% de gestantes adolescentes atendidas; en el 2006, un 22,08%; en el 2007, un 24,9%, y en el 2008, el 22,2% de la población atendida eran adolescentes embarazadas. Asimismo, el porcentaje de abortos es notorio, pues en el 2005 hubo un 17,46%; en el 2006 un 17,15%; en el 2007, un 16,81% y en el 2008, un 15,64%. Y respecto a los partos institucionales: en el 2005 fueron un 20%, en el 2006 un 25,08%, en el 2007 un 24,9% y en el 2008 un 22,2%. Como podemos apreciar las estadísticas no ayudan, ya que aún se ven altos índices de embarazo en adolescentes y se percibe un alto riesgo en la calidad de vida de las adolescentes de esta localidad; por ello nos queda la duda de averiguar ¿qué está fallando? o ¿en qué estamos fallando? y ¿qué falta mejorar en el PSSR de los/las adolescentes de la localidad de Huaycán?

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación fue un estudio descriptivo, comparativo, longitudinal y aplicado, y comprendió además el levantamiento de información mediante el empleo de técnicas de tipo cualitativo (entrevistas individuales) y cuantitativo (encuesta), que se realizaron en el Hospital de Huaycán I. El estudio analítico se realizó desde el año 2005 hasta el 2008. Fue comparativo porque se hizo un paralelo entre usuarios (as) y no usuarios(as). Fue longitudinal o diacrónico, pues el período de análisis fue de 4 años, entre el 2005 y el 2008; y fue aplicado porque el propósito final fue presentar recomendaciones que expresen una propuesta con rigurosidad científica orientada a mejorar la calidad de atención en los servicios del PSSR.

La investigación hizo una revisión general de la normatividad nacional e internacional sobre políticas de salud en adolescentes y revisión analítica de protocolos y normas técnicas sobre el PSSR de adolescentes. En tanto, se emplearon fuentes de información secundaria: tipo documental (preexistentes) que incluyeron normas, libros, revistas médicas y revistas web, informes anuales, documentos e informes de trabajo. Y se trabajó con información cuantitativa de las fuentes de información del sector público y de la población adolescente: evaluación de resultados y metas, sistema de información, registro administrativo, encuestas, entrevistas y la base de datos.

El instrumento para la recolección de datos de los/las adolescentes⁸ fue dividido en cuatro partes y constó en total de 61 ítems:

Primera parte.- Se describen las características personales del adolescente (9 ítems) referentes a edad, sexo, lugar de nacimiento, grado de estudios, dependencia económica, estado civil de padres y sus relaciones con ellos, averiguar si recibió ya información sobre SSR y de quién fue la información.

Segunda parte.- El cuestionario de "Conocimientos sobre SSR" para adolescentes consideró 26 ítems, en temas sobre: educación sexual, desarrollo biológico, embarazo, planificación familiar, paternidad responsable, aborto y VIH/SIDA. Para valorar el puntaje de estas preguntas se usó la escala de Staninos.

Tercera parte.- El cuestionario de "Actitudes sobre SSR" para adolescentes constó de 20 ítems (10 positivos y 10 negativos), los cuales midieron áreas de educación sexual, embarazo, aborto, planificación familiar, paternidad responsable e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Para la valoración de las actitudes de adolescentes se empleó la escala de Lickert.

Cuarta parte.- Seis preguntas (sí o no) sobre la calidad de atención de los servicios del PSSR por parte de los profesionales de la salud (ver tabla 1: ficha técnica de investigación).

Por otro lado, la entrevista de profundidad a proveedores de la salud constó de 29 ítems. La primera parte tuvo 9 ítems referentes a aspectos personales y capacitación de los proveedores de la salud; la segunda parte tuvo 14 ítems,

concernientes a las características funcionales del programa y sobre el protocolo de atención en consejería para adolescentes. Para valorar el puntaje de estas preguntas se usó la escala de

Staninos. La tercera parte tuvo seis ítems sobre las opiniones de los/as proveedores de salud del Hospital de Huaycán (ver tabla 1: ficha técnica de investigación).

Tabla 1. Fichas técnicas del área de investigación-Huaycán.

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

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

contextos generales y luego se realiza el cotejo de aciertos y desaciertos para cada uno de los objetivos planteados en el estudio.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestra la población asignada al Hospital de Huaycán, proveniente de DISA IV-Lima Este. Se aprecia el crecimiento poblacional, a excepción del informe del 2008, esto a consecuencia de la separación de su jurisdicción de dos centros de salud: Horacio Cevallos y Señor de los Milagros, que a partir de ese año forman parte de la microrred de Santa Clara (Ate-Vitarte). Se asume entonces que la población de Huaycán se dispersa entre estos dos centros, además del Puesto de Salud y Centro Local de Asistencia de

Salud (Clas), "Confraternidad, Fe y Alegría",

ubicado en las laderas de los cerros de Huaycán.

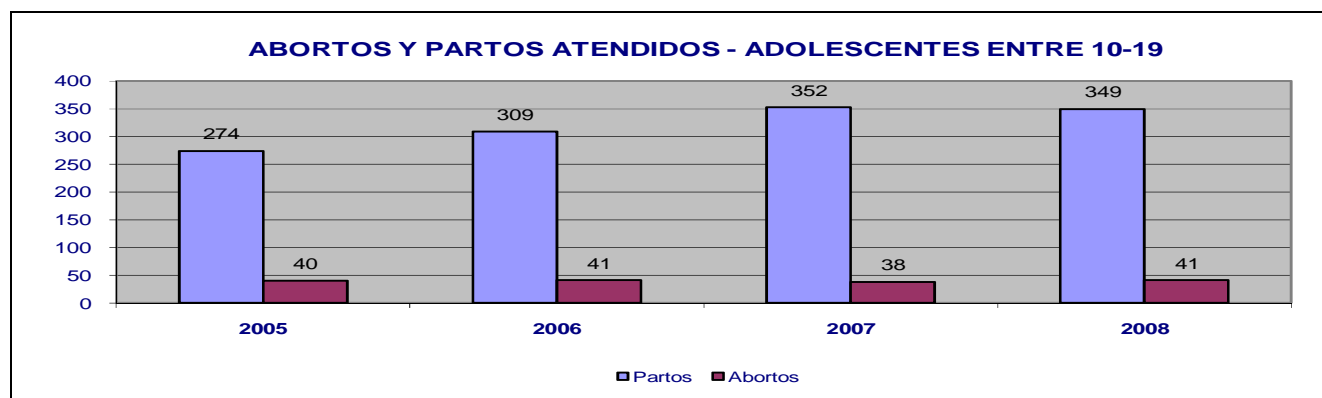
Tabla 2. Población asignada al Hospital de Huaycán del 2005 al 2008.

Años	2005	2006	2007	2008
Población asignada	96.763	98.700	104.942	92.634
Población de 10-19 años	18.826	19.059	18.807	18.807
% poblac. adolescente	19,45%	19,31%	17,92%	20,30%

Fuente: Unidad Estadística del Hospital de Huaycán, 2008.

En la Fig. 1 se puede apreciar el incremento del número de partos en adolescentes durante los 4 años, sobre todo en los años 2007 (352) y 2008 (349). Respecto a los casos de abortos en adolescentes presentados entre los años 2005 y 2008, se mantienen las estadísticas de casos de abortos, a excepción del año 2007 (38) en comparación con el resto de años que promedian los 41. En lo que respecta a la relación entre partos y casos de abortos, el 2007 y el 2008 presentan

igual número de atenciones (390), pero dada la diferencia de partos en el 2008 (349) es que se obtiene un 21,27% del total de partos y abortos atendidos en el año. En todo caso, fue el año 2007 (23,80%) el año de mayores casos atendidos entre partos y abortos de adolescentes. Entonces, el promedio de partos y abortos de adolescentes, atendidos entre los años 2005 y 2008 en el Hospital de Huaycán, fue del 22,32% del total de partos y abortos.



Fuente: Unidad estadística del Hospital de Huaycán.-2009

Fig. 1. Programa Materno Peri Natal de Adolescentes del Hospital de Huaycán, 2005 al 2008.

En la Tabla 3 vemos que en el 2005, de un total de 1484 usuarias de preservativos, un 7,47% correspondió a usuarias adolescentes; en el 2006, de un total de 7508 usuarias de inyectables, un 24,13% correspondió a usuarias adolescentes; en el 2007, de un total de 1602 usuarias de preservativos, un 90,94% corresponde a usuarias adolescentes, y en el 2008, de un total de 359

madres lactantes, un 22,28% de madres adolescentes lactantes los usan como método anticonceptivo, siendo su segunda alternativa el uso de DIU (12,56%). En general, de un total de 52.057 usuarias de métodos anticonceptivos, hay 6.657(12,79%) usuarias adolescentes de métodos anticonceptivos en los 4 años comprendidos entre el 2005 y el 2008.

Tabla 3. Métodos de planificación familiar entre el 2005 y el 2008.

Años Mét..	2005			2006			2007			2008		
	Total	Adolescentes	% Adolescentes	Total	Adolescentes	% Adolescentes	Total	Adolescentes	% Adolescentes	Total	Adolescentes	% Adolescentes
DIU	178	6	3,37	194	14	7,21	214	29	13,55	179	13	12,56
Píld	3187	106	3,32	3445	247	7,16	3933	623	15,84	3093	191	6,17
Iny.	7880	242	3,07	7508	1812	24,13	7468	637	8,52	6988	595	8,51
Cond	1484	111	7,47	1426	146	10,23	1602	1457	90,94	2125	188	8,84
Mela	s/r	s/r	s/r	491	108	21,99	245	50	20,40	359	80	22,28
Ritm	s/r	s/r	s/r	5	1	20,00	1	1	100	22	-	-
Total	12729	465	3,65	13069	2328	17,81	13463	2797	20,77	12766	1067	8,35
TO-TAL	Total Usuarías	Total Adolescentes	% total de adolescentes que usaron métodos de planificación familiar, en los 4 años (2005 al 2008)									
	52027	6657	12,79									

Fuente: Información facilitada por la Unidad Estadística del Hospital de Huaycán, 2008 (s/r=sin reporte y -=cero).

Tabla 4. Total de consejería en el Hospital de Huaycán.

T. total	% Adolescentes	2005		2006		2007		2008		
		Total	Adolescentes	Total	Adolescentes	Total	Adolescentes	Total	Adolescentes	
Varón	18	33,33	s/r	s/r	-	-	9	2	9	4
Mujer	2260	19,73	s/r	s/r	593	110	821	120	846	216
Total	2278	19,84	s/r	s/r	593	110	830	122	855	220

Fuente: Información facilitada por la Unidad Estadística del Hospital de Huaycán, 2008 (s/r=sin reporte y -=cero).

En la Fig. 2 podemos apreciar que de las 12 emergencias que ingresan al Hospital de Huaycán, el programa materno perinatal,

“embarazo-parto y puerperio”, constituye la quinta emergencia de este Hospital.

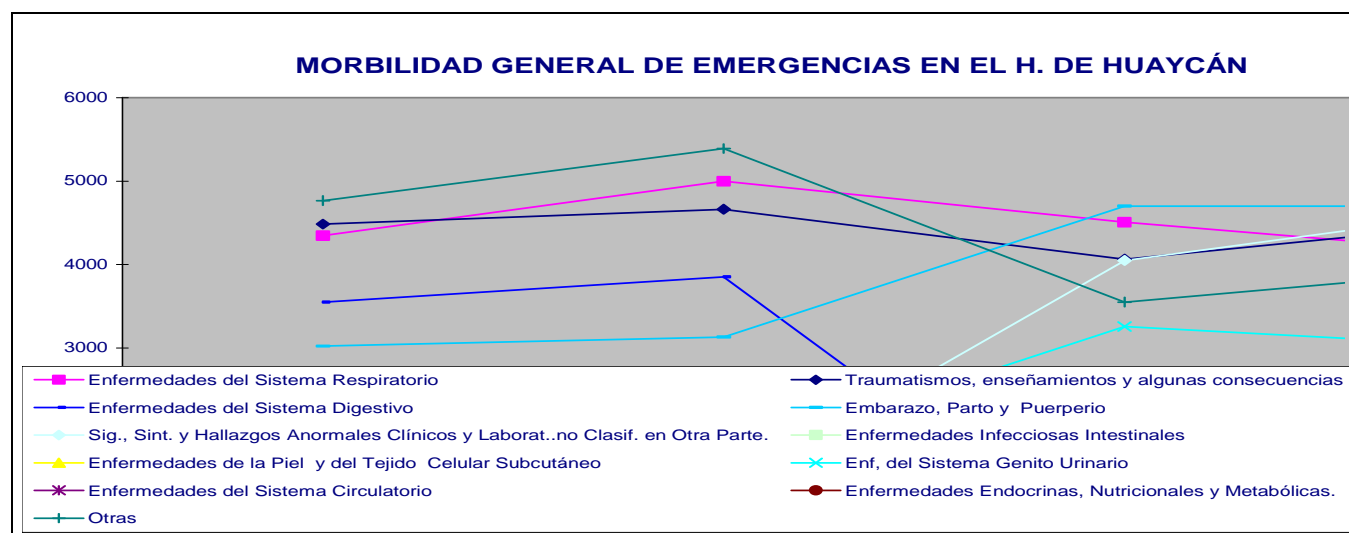


Fig. 2. Morbilidad general en emergencias del Hospital de Huaycán- 2005 al 2008.

Fuente: Unidad estadística del Hospital de Huaycán.

Primer objetivo: adolescentes del Hospital de Huaycán

La Fig. 3 muestra el nivel de conocimientos y las actitudes en salud sexual y reproductiva (SSR). Se puede apreciar que en el 50% (n=10) de adolescentes que presentan un nivel medio de conocimientos, el 5% (n=1) tiene actitud positiva, el 30% (n=6) tiene actitud indiferente y el 15% (n=2)

presenta una actitud negativa. Del 45% (n=9) de adolescentes que presentan un nivel bajo de conocimientos, el 15% (n=3) tiene actitud positiva, el 20% (n=4) tiene actitud indiferente y el 10% (n=2) presenta una actitud negativa. Y sólo el 5% (n=1) de adolescentes que presentan un nivel alto de conocimientos tiene una actitud positiva.

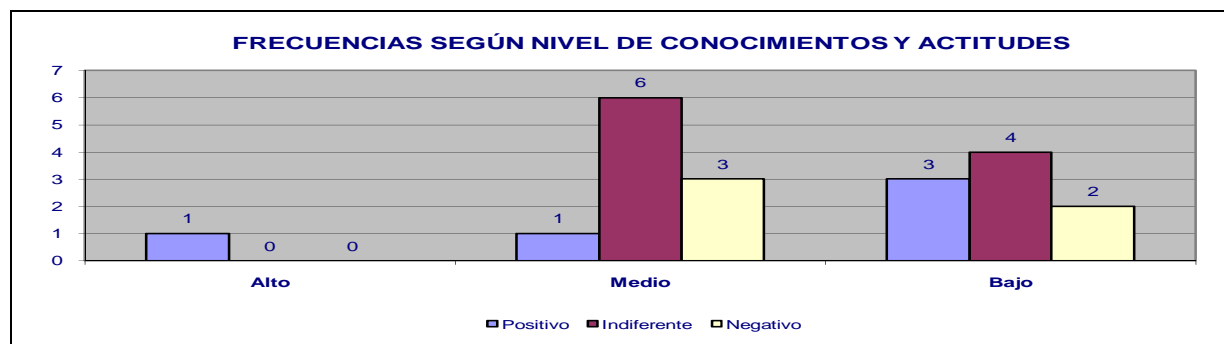


Fig. 3. Nivel de Conocimientos y las Actitudes en SSR.
Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el HH, junio del 2009.

La Tabla 3 muestra las frecuencias y porcentajes de la calidad de atención en adolescentes según el grado de satisfacción y la relación entre la condición de atención (usuario/a y no usuario/a) y los servicios del Hospital de Huaycán. Se observa que el 55% (n=11) del grupo de adolescentes manifiestan un grado regular de satisfacción, el 30% (n=6) son usuarios(as) y el

25% (n=5) son no usuarios/s. El 40% (n=8) del grupo de adolescentes manifiestan insatisfacción: el 20% (n=4) son usuarios(as) y el otro 20% (n=2) son no usuarios/s. El 5% (n=1) del grupo de adolescentes manifiestan satisfacción con la calidad de atención recibida: es un usuario varón, pero no del PSSR sino de atención recibida en el consultorio de Medicina.

Tabla 3. Frecuencias y porcentaje de la calidad de atención en adolescentes según el grado de satisfacción y la relación entre la condición de atención de los servicios del Hospital de Huaycán.

Grado Satisfacción	Usuarios(as)		No usuarios(as)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buena (6 ptos.)	0	0,00	1	5,00	1	5,00
Regular (4-5)	6	30,00	5	25,00	11	55,00
Mala (1-3)	4	20,00	4	20,00	8	40,00
Total	10	50,00	10	50,00	20	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes en el Hospital de Huaycán, junio del 2009.

Segundo objetivo: Proveedores de salud del PSSR del Hospital de Huaycán

La Tabla 4 muestra frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según las capacitaciones y el nivel de conocimientos del PSSR. Vemos que el 61,54% (n=8) de los y las proveedores de salud cuentan con capacitaciones y

el 38,46% (n=5) no cuentan con las mismas en SSR de adolescentes. Entre los que cuentan con capacitación, 3 corresponden al 2008 y los otros 5 a años anteriores al 2007.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de proveedores de la salud según “las capacitaciones y el nivel de conocimientos del PSSR”.

Sexo	Nivel de Conocimientos							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Con capacitación	3	23,08	5	38,46	0	0,00	8	61,54
Sin capacitación	0	0,00	5	38,46	0	0,00	5	38,46
Total	3	23,08	10	76,92	0	0,00	13	100,00

Fuente: Entrevista aplicada a profesionales de la salud del Hospital de Huaycán, en junio del 2009.

Tercer objetivo: especialistas de la sociedad civil de Huaycán

La Tabla 5 muestra las frecuencias y porcentajes de la sociedad civil según el tiempo de intervención de las organizaciones en la zona de Huaycán. Se puede observar que el 60% (n=6) de estas

organizaciones han intervenido en Huaycán entre 10 y 19 años, siendo la media=15 años, mientras que el 40% (n=4) de estas han intervenido en Huaycán durante más de 20 años (bordean los 25 años, tiempo de existencia y fundación de Huaycán).

T5: Frecuencias y porcentaje de la sociedad civil según tiempo de intervención en Huaycán

Sociedad Civil	Tiempo de intervención en Huaycán						Total	
	<9años		10-19años		>20años		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ong	0	0,00	0	0,00	2	20,00	2	20,00
Demuna	0	0,00	1	10,00	0	0,00	1	10,00
Comisaría	0	0,00	1	10,00	0	0,00	1	10,00
Colegio	0	0,00	1	10,00	0	0,00	1	10,00
Parroquia	0	0,00	0	0,00	1	10,00	1	10,00
Radio	0	0,00	1	10,00	0	0,00	1	10,00
Vaso leche	0	0,00	1	10,00	0	0,00	1	10,00
Comedor popular	0	0,00	1	10,00	0	0,00	1	10,00
CUAH	0	0,00	0	0,00	1	10,00	1	10,00
TOTAL	0	0,00	6	60,00	4	40,00	10	100,00

Fuente: Entrevista aplicada a representantes de la sociedad civil de Huaycán, en junio del 2009.

DISCUSIÓN

Evaluar un programa es un camino que nos conduce al análisis del cambio institucional. Y aunque los procesos de cambio institucional son muy complejos, es imprescindible centrar nuestra atención, como lo sugiere Majone², en un conjunto de variables: a) los actores de políticas efectivas y potenciales, b) los recursos disponibles, c) la cantidad y la calidad de la información, las habilidades y los conocimientos técnicos, d) los factores y restricciones ambientales como las políticas existentes, los valores sociales, las ideologías, la opinión pública y los paradigmas cognoscitivos.

Sabemos que la salud sexual y reproductiva es un factor clave para el progreso social, económico y político. El embarazo en adolescentes es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad, siendo un problema de salud pública. La anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad para prevenir tanto el embarazo no programado como el subsiguiente aborto en condiciones de riesgo. Para generar la expansión de esta información debe el cuerpo profesional de atención en salud sexual y reproductiva, especialmente el médico general, el ginecólogo y la obstetrix poseer claros y sólidos conocimientos, los cuales deben ser coherentes con su compromiso comunitario.

En relación con el tema de calidad, el trato entre proveedores y usuarios es un tema crítico a trabajar, pues existen una serie de obstáculos legales para que los/las adolescentes accedan a servicios y puedan recibir trato diferenciado dependiendo de si son sexualmente activos/as o no.

Sobre el aporte de organizaciones civiles a las políticas de salud, se informa que las más efectivas son las que demandan acción colectiva, respuestas innovadoras y comunitarias para los problemas de salud. Resulta paradójico, pero en la mayoría de los casos se 'responsabiliza' a la incapacidad o renuencia del Estado para llevar a cabo acciones que superen la desintegración social dentro de las comunidades, omitiendo el análisis de la dinámica política, la correlación de fuerzas de otros factores y grupos de poder (por ejemplo, la Iglesia Católica, los laboratorios, la dependencia económica-financiera, etc.)⁹.

Con referencia a los problemas de SSR de la mujer y de la adolescente puede remarcarse la casi inexistencia de estudios o relatos de experiencias de demandas u organizaciones que trabajen en torno al problema en Huaycán, con lo importante que es esta cuestión en nuestro país. Los grupos de la sociedad civil son los grandes ausentes...pero presentes. Lo cierto es que su presencia es nula, al menos en temas de salud sexual y reproductiva. Al respecto, entiendo y asumo la idea de que la responsabilidad es compartida, tanto individual como colectivamente, y en este caso, es a través de las asociaciones en búsqueda o lucha por un objetivo común. De pronto las responsabilidades pueden ser en grado primario o secundario, pero deben asumirse de acuerdo con la situación o nivel profesional o situacional en que se encuentre la persona. La responsabilidad¹⁰ es de todos y no sólo del Estado. Es derecho, es deber y es justicia.

CONCLUSIONES

La investigación estuvo basada en fuentes de información de tipo cualitativo y cuantitativo. Se orientó a establecer indicadores que permitieran caracterizar la calidad actual de la atención ofrecida en los servicios de salud reproductiva, lo que a su vez, en líneas generales, ha permitido evaluar el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes, para así poder dar forma a una intervención y proporcionar una línea de base que permita mejorar y medir el impacto de la misma.

Asimismo, es posible que el Hospital tenga que afrontar una serie de problemas de la calidad del servicio del PSSR y de cualquier otro programa: cuando no se tienen en claro los conceptos de cultura y de calidad de servicio; no se tiene cultura de invertir en calidad; cuando hay alta rotación del personal encargado; cuando no hay estándares de calidad de servicios¹¹ y no hay conciencia de que estamos en la era de la calidad del servicio.

Por tanto, la intención de atender a la población adolescente es estratégica para el país. La salud es el capital con el que esta ingresa para aportar al proceso de desarrollo¹². No solo se trata de tener un adolescente sano y saludable, nutrido y calificado para el trabajo, sino también de contar con adolescentes responsables de su sexualidad y con capacidad de hacer felices a los que están a su alrededor; es el mejor aporte para el desarrollo de nuestro país.

En ese sentido, el estudio enfatiza la necesidad inminente de implementar programas y políticas de salud, principalmente en salud sexual y reproductiva. El estudio está dirigido a profesionales de la salud, educación y comunidad en general, orientados al refuerzo de la comunicación y fortalecimiento de lazos en familias con hijos adolescentes. Asimismo, orienta a asumir criterios de responsabilidad moral, tanto individuales como colectivos. Asumir que somos sujetos moralmente responsables, es asumir que somos sujetos que trabajan con valores y ética profesional, y ello implica tomar decisiones, cada una en su nivel; acciones que favorezcan el interés general bajo la perspectiva de dejar un mundo mejor al recibido¹³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ponencia Técnica sobre el Género y la Salud [en línea]. OMS/Salud de la Familia y Salud Reproductiva (FRH)/Día Mundial de la Salud/98.16. Ginebra: 1998. Consulta: 17/06/2009. Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>.
2. Majone, G. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas: el análisis como argumento y como arte. El cambio de las restricciones institucionales. México: Colegio Nacional de Ciencias políticas y Administración pública; 1989.
3. Waissbluth, M. La Reforma del Estado en América Latina: zanahorias, garrotes, sermones y la medición de su impacto. Guía abreviada para exploradores en la jungla. Santiago de Chile: Polis. Programa Latinoamericano de la Gerencia Pública; 2002.
4. Stiglitz, J E. La Economía del Sector Público. 3ra. Edición. Madrid: Antoni Bosch; 2002

5. UNFPA/Fondo de Población de las Naciones Unidas. Construyendo un modelo de intervención en salud sexual y reproductiva. Intervención en SJL, Ucayali y Ayacucho. Proyecto "Stronger Voices for Reproductive Health. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2004.
6. ONU /ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. La salud y el desarrollo de los/las adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño", 21/07/2003. CRC/GC/2003/4. (Visitada en diciembre del 2008).
7. Mitchell R; Bradley A, Wood, D. Camino a una teoría de identificación y sobresalientes actores: definiendo principios de quién y qué cuenta realmente. Academia de Administración (USA)..1997; Vol 22. N° 04.
8. Chambi Catacora, M. Estudio cualitativo sobre las percepciones del personal de salud acerca de la salud reproductiva de la adolescente. UTES, San Román, Juliaca, Puno, 1995. Tesis para optar el grado académico de Magister en Salud Pública de la Universidad Particular Cayetano Heredia Lima: UPCH; 1996.
9. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) OMS. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica N° 534, Washington D.C.: OPS/ OMS; 1992.
10. Villoria M. Ética Pública y corrupción: curso de ética administrativa. Madrid: Tecnos; 2000.
11. Muller de la Lama, E. Cultura de calidad de servicio. México: Editorial Trillas; 1998.
12. SEN A. Desarrollo y libertad. Madrid: Planeta; 2000.
13. Rawls, J. El liberalismo político. Madrid: Trotta; 1996.

Correspondencia:

Sara Emilia Remuzgo Huamán:

Correo electrónico:

sremuzgo@pucp.edu.pe

sara_remuzgo@hotmail.com

Presentado para su publicación: 2/11/09.

Aceptado para su publicación: 13/02/10