



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

**Factores en el personal de salud que limitan al
adolescente el acceso a los servicios de salud y
reproducción para la prevención del embarazo en el
Hospital Nacional Arzobispo Loayza octubre-
diciembre 2016**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Política Social con
mención en Promoción de la Infancia

AUTOR

Violeta LOPEZ NARVAEZ

ASESOR

Dr. Eloy Nahum SARAVIA SANDOVAL

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

López, V. (2019). *Factores en el personal de salud que limitan al adolescente el acceso a los servicios de salud y reproducción para la prevención del embarazo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza octubre-diciembre 2016*. Tesis para optar grado de Magister en Política Social con mención en Promoción de la Infancia. Unidad de Posgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código Orcid del autor (dato opcional): -

Código Orcid del asesor o asesores (dato obligatorio): 0000-0001-9260-8993

DNI del autor: 08513896

Grupo de investigación: -

Institución que financia parcial o totalmente la investigación: NINGUNA

Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación. Debe incluir localidades y coordenadas geográficas

Año o rango de años que la investigación abarcó: 2016



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POSGRADO

ACTA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN POLÍTICA SOCIAL, CON MENCIÓN EN PROMOCIÓN DE LA INFANCIA

En Lima, a los quince días del mes de agosto del año dos mil diecinueve, reunidos en la Sala de Grados de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 3:00 p.m., bajo la Presidencia de la DRA. IVONNE TERESA VALENCIA LEÓN y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado Examinador, se inició la ceremonia invitando a la graduanda **VIOLETA LOPEZ NARVAEZ**, para que hiciera la exposición de la Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Política Social, mención en Promoción de la Infancia. Siendo el trabajo titulado:

"FACTORES EN EL PERSONAL DE SALUD QUE LIMITAN AL ADOLESCENTE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y REPRODUCCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA OCTUBRE-DICIEMBRE 2016"

A continuación fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminada esta prueba y verificada la votación; se consignó la calificación correspondiente a:

B. muy bueno 17

Por tanto el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magister en Política Social, mención en Promoción de la Infancia, a la Bachiller **VIOLETA LOPEZ NARVAEZ**. Siendo las 4:00 p.m. y para constancia dispuso se extendiera la presente Acta y firmaron:

Dra. Ivonne Teresa Valencia León.
PRESIDENTE

I. Valencia

Dr. Enrique Marino Jaramillo García.
MIEMBRO

E. Jaramillo

Mg. Ademar Elliot Díaz Aparicio.
MIEMBRO

A. Díaz Aparicio

Dr. Eloy Nahún Saravia Sandoval.
ASESOR

E. Saravia



N. Lynch Gamero
DR. NICOLÁS JAVIER LYNCH GAMERO
DIRECTOR

A mi maestro y mejor amigo Dr. Eloy Saravia

Por su preocupación y motivación constante en concretar el camino empezado; por sus consejos y su tiempo brindado; por esa gran empatía y cariño que nos une.

A mis padres Dolores y Manuel

Porque siempre alentaron mis sueños y mis logros. A mi papi porque a través de una mirada o una sonrisa me mostraba su complacencia de verme crecer día a día como persona, como profesional y sobre todo por su gran amor y paciencia. A mi madre por su esfuerzo, dedicación y preocupación constante de estar para mí y para la familia cuando más la necesitaba.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera extender mis agradecimientos a mis amados padres por su apoyo incondicional. A mi esposo e hijos por su comprensión. A don Eloy, mi maestro y amigo. A Manuel y Michelle por brindarme sus tiempos y conocimientos tecnológicos en el acabado de mi trabajo de investigación. Y, sobre todo, al profesor Enrique Jaramillo por brindarme su amistad, conocimientos y asesoría.

RESUMEN

Según el informe del Instituto Nacional e Informática (INEI), niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años conforman una gran parte de la población peruana (en total, 10 571 879 personas). Cerca del 45% de ellos y ellas viven en condiciones de pobreza (INEI-UNICEF, 2011). En este contexto, el embarazo durante la adolescencia constituye un problema de gran relevancia para la salud pública, porque compromete al individuo, a la familia, a la sociedad, al sistema de educación y salud y al sistema socioeconómico, por ende, al futuro humano del país. Estadísticamente, el embarazo adolescente va en ascenso, representando actualmente el 14.6% de ese grupo.

Los factores condicionantes son diversos y de alta complejidad que involucran a diversos grupos poblacionales durante el desarrollo de su vida social. Las políticas neoliberales adoptadas por el Estado durante los últimos veintinueve años han generado mayor desigualdad, inequidad y pobreza, por lo que terminaron causando daños a la vida social de las y los adolescentes que no tienen voz y poder. Las consecuencias han sido la falta de integración social, pérdida de identidad y pertenencia, particularmente en torno a la familia. Y todo esto también ha repercutido en la carencia de servicios básicos como educación y salud de calidad, como deber del Estado.

Y justamente, en el sector salud, uno de los objetivos es promover la educación sexual integral como una estrategia para prevenir el embarazo adolescente, la cual está a cargo del personal de salud (médicos, obstetras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). También se cuenta con programas de prevención, como planificación familiar, para su prevención. Por ello, es importante la relación o el vínculo que debe establecer el personal de salud con el adolescente, la que debe tener una base en la confianza y el respeto mutuo.

En este panorama, la presente tesis tiene por objetivo identificar los factores en el personal de salud que limitan el acceso de los adolescentes que acuden a los servicios de salud y de reproducción del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, para la prevención del embarazo. La investigación es de carácter cualitativo y ha tomado instrumentos como las historias de vida, entrevistas a profundidad y observación participante para identificar qué limita al adolescente acceder a los servicios de salud reproductiva. El trabajo se completó con el método cuantitativo mediante la aplicación de encuestas.

Palabras clave: Adolescentes, prevención del embarazo, servicios de salud.

SUMMARY

According to the report of the National Institute and Informatics (INEI), children and adolescents from 0 to 17 years make up a large part of the Peruvian population (in total, 10 571 879 people). About 45% of them live in poverty (INEI-UNICEF, 2011). In this context, pregnancy during adolescence constitutes a problem of great relevance for public health, because it involves the individual, the family, society, the education and health system and the socioeconomic system, therefore, the human future from the country. Statistically, adolescent pregnancy is on the rise, currently representing 14.6% of that group.

The conditioning factors are diverse and highly complex that involve different population groups during the development of their social life. The neoliberal policies adopted by the State during the last twenty-nine years have generated greater inequality, inequality and poverty, which ended up causing damage to the social life of adolescents who have no voice and power. The consequences have been the lack of social integration, loss of identity and belonging, particularly around the family. And all this has also affected the lack of basic services such as education and quality health, as a duty of the State.

And precisely, in the health sector, one of the objectives is to promote comprehensive sexual education as a strategy to prevent adolescent pregnancy, which is carried out by health personnel (doctors, obstetricians, psychologists, social workers, etc.). There are also prevention programs, such as family planning, for prevention. Therefore, it is important the relationship or the link that must be established by health personnel with the adolescent, which must be based on trust and mutual respect.

In this scenario, this thesis aims to identify the factors in health personnel that limit the access of adolescents who come to the health and reproduction services of the National Hospital Arzobispo Loayza, for the prevention of pregnancy. The research is of a qualitative nature and has taken instruments such as life stories, in-depth interviews and participant observation to identify what limits adolescents to access reproductive health services. The work was completed with the quantitative method through the application of surveys.

Keywords: Adolescents, pregnancy prevention, health services.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMMARY.....	V
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	5
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.1. Situación problemática.....	5
1.2. Formulación del problema.....	7
1.2.1. Problema general.....	7
1.2.2. Problemas específicos.....	7
1.3. Justificación de la investigación.....	8
1.4. Objetivos.....	10
1.4.1. Objetivo general.....	10
1.4.2. Objetivos específicos.....	10
1.5. Propósito.....	10
1.6. Hipótesis: general y específicas.....	11
1.7. Variables.....	11
1.8. Definición operacional de términos.....	11
CAPÍTULO II.....	13
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.1. Tipo de estudio.....	13
2.2. Área de estudio.....	13
2.3. Población y muestra.....	14
2.3.1 Población.....	14
2.3.2 Muestra cualitativa.....	14
2.3.3 Muestra cuantitativa.....	14

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	15
2.5. Diseño de recolección de datos	15
2.6. Procesamiento y análisis de datos	15
CAPÍTULO III	16
MARCO TEÓRICO: CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, POLÍTICO Y CULTURAL DEL PERÚ.....	16
3.1. Problemas críticos en el Perú de hoy: el escándalo de la desigualdad y la pobreza	16
3.2. Los y las adolescentes en los cambiantes contextos sociales, políticos, económicos y culturales.....	17
3.3. Los y las adolescentes en tiempos de crisis, violencia política y miedo	19
3.4. Los y las adolescentes en el contexto del neoliberalismo y la violencia terrorista .	21
3.5. El escándalo de la desigualdad, pobreza, y exclusiones tempranas	22
3.6. La transición democrática y la persistencia de la desigualdad y la pobreza.....	24
3.7. El modelo económico neoliberal y el piloto automático: 1990-2018.....	25
3.8. El crecimiento económico del PBI: inversión social en educación y salud: inclusión social, fortalecimiento de la democracia y gobernabilidad	29
CAPÍTULO IV	33
PERÚ: LA FAMILIA DE LOS SECTORES POPULARES Y SUS PROBLEMAS....	33
4.1. La familia, a pesar de sus problemas	33
4.2. La familia y su transformación desde mediados del siglo XX.....	35
4.3. ¿Qué está sucediendo con la familia popular en Lima Metropolitana?.....	36
4.4. La familia en Lima Metropolitana y el “síndrome de la pobreza”	38
4.4.1. Los estilos de vida cotidiana y las responsabilidades de la familia	40
4.5. Los problemas de los niños y adolescentes en el Perú y Lima Metropolitana	42
4.6. Los embarazos no deseados en las adolescentes: ¿un problema de salud pública? 46	
4.7. El contexto social, económico y político en el Perú: aumento de los embarazos en adolescentes	47
CAPÍTULO V	50
HACIA POLÍTICAS SOCIALES PREVENTIVA PROMOCIONALES, EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA	50
5.1. El Estado peruano y los tratados internacionales para la protección de la niñez y adolescencia.....	50
5.2. Convención sobre los Derechos del Niño: 20 de noviembre de 1989.....	51

5.3. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA): 1992-1995, 1996-2000, 2002-2010 y 2012-2021	52
5.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio	53
5.5. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994	53
5.6. La Conferencia de la Mujer en Beijing: 1995	54
5.7. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PNAIA: 2012-2021	55
5.8. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes: 2012-2021	56
5.9. Limitaciones de las políticas preventiva promocionales en salud sexual reproductiva	57
5.9.1. El rol pedagógico de los trabajadores de salud con la familia, la niñez y adolescencia para prevenir el embarazo adolescente no deseado	58
5.9.2. El rol de los medios de comunicación en la prevención y promoción de la salud sexual reproductiva en los/as adolescentes	60
5.9.3. La urgencia y necesidad de una nueva generación de políticas sociales en salud sexual reproductiva en adolescentes	62
 CAPÍTULO VI	 66
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN	66
6.1. Resultados cualitativos	66
6.1.1. Historias de vida de adolescentes	66
6.1.2 Entrevistas a profundidad a los profesionales de la salud.....	73
6.2 Resultados cuantitativos	87
 CONCLUSIONES.....	 102
RECOMENDACIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	107

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. *Edad de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016* 86
- Tabla 2. *Género de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016* 87
- Tabla 3. *Grado de instrucción de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016* 87
- Tabla 4. *Pacientes que repitieron de año escolar por gestación, de los encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016* 88

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.* Procedencia de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 89
- Gráfico 2.* Edad de menarquia de pacientes encuestadas de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 90
- Gráfico 3.* Edad de inicio de la vida sexual de pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 91
- Gráfico 4.* Educación sobre desarrollo sexual en pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 92
- Gráfico 5.* Respuestas sobre concepto salud sexual y reproductiva en pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 93
- Gráfico 6.* Opinión sobre si la información dada por sus padres o por el colegio debe ser reforzada por un personal de salud especializado en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 94
- Gráfico 7.* Características del personal de salud que brindó atención al paciente en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de 95

Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

- Gráfico 8.* Conocimiento de uso de métodos anticonceptivos según el género en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 96
- Gráfico 9.* Conocimiento del Programa de Planificación Familiar en pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 97
- Gráfico 10.* Opinión sobre si la educación sexual y planificación familiar en el adolescente debe ser un tema que sea diferenciado del que se brinda al adulto en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de pediatría y de ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016. 98
- Gráfico 11.* Factores que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 99
- Gráfico 12.* Opinión de horarios más adecuados para la atención en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016 100

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Glosario	111
Anexo 2. Encuesta	112

INTRODUCCIÓN

El Perú es un país con una gran riqueza cultural, histórica, lingüística y social, transmitida de generación en generación. Sin embargo, presenta serias deficiencias para atender sus problemas sociales desde el Estado. Uno de ellos es el embarazo adolescente, de riesgo grave para la salud pública y en constante ascenso, ya que actualmente representa el 14.6% de casos, siendo que el 50% de estas gestaciones no son deseadas. Este problema, constituye un círculo perverso de exclusión intergeneracional, en una sociedad ganada por la hipersexualidad, producto entre tantas cosas del consumismo. La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la juventud, por tanto, requiere de parte de la familia, la sociedad y el Estado las oportunidades para el desarrollo de sus capacidades y habilidades para una mejor calidad de vida y el desarrollo humano, que indudablemente contribuirá al desarrollo sostenible de nuestro país.

Ahora bien, en las adolescentes gestantes se observan múltiples problemas, por ejemplo, en su educación, deserción escolar y altas tasas de repitencia. Asimismo, tienen problemas psicosociales, de estigmatización en el seno familiar y en la comunidad. Por otra parte, padecen problemas de orden económico, y enfrentan dificultades para asumir los gastos que se incrementarán frente al niño por nacer. La adolescente es económicamente dependiente, y como tal, no podrá ofrecer al recién nacido una mejor calidad de vida. Es recurrente que en las madres adolescentes se puedan encontrar serias limitaciones para la lactancia materna, lo que trae como consecuencia, desnutrición, enfermedades y muertes prematuras en los niños y en las mismas madres. ¿Cómo atiende el Estado estas dificultades?

En el ejercicio de mi profesión como pediatra, en el campo de la salud, he buscado identificar cuáles son los factores en el personal de salud que limitan al adolescente a acudir a los servicios de salud para recibir información sobre su desarrollo sexual. Con esto, se intenta proponer recomendaciones y estrategias en la prevención del embarazo adolescente, motivando al personal de salud para brindar a las/adolescentes espacios de escucha y atención emocional tan venidos a menos actualmente. De tal forma, se busca que los adolescentes se sientan bien y asuman los consejos y recomendaciones para que hagan uso de su sexualidad en forma saludable y responsable.

Con este fin la presente investigación ha sido organizada de la siguiente manera:

Capítulo I: El planteamiento del problema fue realizado a partir de mi práctica como profesional de la salud en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), en el distrito del Cercado de Lima, en los servicios de pediatría y obstetricia durante los meses de octubre-diciembre del 2016, tanto con el personal de salud, así como con los pacientes adolescentes entre 15 y 19 años de edad, que acuden a estos servicios, en busca de resolver sus problemas de embarazo precoz, y también consejería por parte de los profesionales de la salud.

Capítulo II: Se propone una metodología cualitativa y cuantitativa, mediante el método de la intervención sociológica (Touraine, 2009). Se validaron técnicas investigativas para realizarse de la siguiente forma: historias de vida de seis adolescentes, entrevistas a profundidad con cinco profesionales de salud y encuestas a doscientos cinco adolescentes que han sido atendidas en los consultorios de Pediatría y Ginecobstetricia, tanto en consulta externa, así como en hospitalización del HNAL, durante el período de octubre-diciembre del 2016. La información cuantitativa fue foliada previo ingreso a la base de datos en el programa IBM Statistics SPSS versión 22.0. Las gráficas han sido diseñadas en el programa estadístico Microsoft Excel 2010; se utilizaron herramientas gráficas como tablas con diagramas de barras y tortas.

Capítulo III: En el marco teórico de la investigación, se presenta una visión panorámica del contexto social, económico político y cultural del Perú, desde la década de 1960 hasta la actualidad, haciendo una línea del tiempo y reconstrucción histórica sobre los problemas de salud y educación, que no han sido resueltos por el Estado, en favor de los niños, niñas y adolescentes, en especial de los sectores urbano marginales, y el mundo rural andino y amazónico. Actualmente, no obstante el crecimiento económico del PBI de las últimas décadas de los siglos XX y XXI (1999-2018), no se han visto reflejados en políticas públicas orientadas al desarrollo de las habilidades y capacidades de la niñez y adolescencia; y, en especial, en la prevención y promoción de los embarazos de las adolescentes.

Capítulo IV: Se presenta la situación de desigualdad y pobreza por las que atraviesan las familias de los sectores populares en Lima Metropolitana, cuyas consecuencias repercuten de forma negativa en la niñez y adolescencia. Esto, la mayoría de veces, abona en el aumento de los embarazos mayormente no deseados en las adolescentes. Asimismo, se presentan las dificultades que tienen tanto los padres, así como las madres de familia, para establecer los vínculos afectivos y sociales con sus

hijos e hijas, ya que en la mayoría de casos las familias son “disfuncionales” o “desestructuradas”, que no ofrecen a los/las adolescentes espacios de escucha, amorosidad y comunicación asertiva con sus hijos, porque están agobiados y preocupados en solucionar los problemas económicos del hogar, para ofrecer en la medida de sus posibilidades, una mejor calidad de vida y desarrollo humano a sus hijos e hijas, en un país como el Perú, donde las tres cuartas partes de la “población económicamente activa” (PEA) se dedica a actividades informales sin ninguna protección del Estado, no obstante haber suscrito la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

Capítulo V: El Perú, no obstante haber firmado una serie de compromisos internacionales —como la CDN— para proteger a los niños y adolescentes, lo que se traducen en la promulgación de leyes —como el Código de los Niños y Adolescentes Ley 27337, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia—, no ha visto que se reflejen en la calidad de los servicios públicos, tanto de educación, como de salud, ya que las políticas y programas sociales de parte del Estado, tienen una orientación asistencialista y de clientelaje político, bajo la lógica de que traerán beneficios el “derrame”, “chorreo” y/o “goteo” (Kliksberg, 2002). Esta es la causa de que muchos programas y planes, como el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021, no hayan tenido mucho impacto en sus resultados, ya que los embarazos en adolescentes siguen casi intocados. Esto se debe, tal vez como decía Pierre Bourdieu, a que los profesionales de la salud, educación y diseñadores de las políticas sociales tan solo estamos acostumbramos a mirar el texto y no el contexto de una sociedad fracturada y con anomia, que no ofrece las oportunidades para el desarrollo de las habilidades y capacidades de la niñez y adolescencia.

Capítulo VI: Se presentan las historias de vida, las entrevistas a profundidad y el análisis de la población de estudio; también la descripción de los cuadros para cada una de las variables dependientes e independientes. Se realiza la respectiva discusión de los resultados, y se proponen alternativas de solución a esta problemática de salud pública.

Las **conclusiones** permiten precisar cuáles son las causas del embarazo durante la adolescencia y qué medidas requiere para poderla disminuir, entendiendo que en su logro necesita de la participación de diferentes grupos gubernamentales, siendo el principal gestor el Estado a través de sus políticas establecidas adecuadamente

financiadas, ejecutadas y evaluadas en el tiempo, con la participación protagónica del MINSA como ente rector de la salud en el Perú, a través de su personal de técnicos y profesionales, brindando educación sexual integral no solo a los adolescentes, sino trabajando con sus pares, padres de familia, tutores, comunidad, y sociedad en general. Finalmente, en las **recomendaciones**, se propone una serie de acciones que deben realizar principalmente el Estado y la sociedad civil para prevenir los embarazos en las adolescentes.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

El embarazo adolescente constituye un grave problema para la salud pública, tanto para el desarrollo de la adolescente, así como para la vida prenatal y postnatal del nuevo niño por nacer. Según los registros del INEI, en su “Encuesta demográfica y de salud familiar” realizada en el 2017, se señala que el 13.4% de adolescentes, entre 15 a 19 años de edad, fueron madres o quedaron embarazadas por primera vez en aquel año, lo que significa un aumento con respecto al año 2016.

La adolescencia es percibida como una etapa de complejidad particular en el desarrollo vital de los seres humanos, la que es vivida por mujeres y varones de 10 a 19 años de edad. Se subdivide en 2 etapas: etapa temprana de los 10 a 14 años de edad y etapa tardía de los 15 a 19 años de edad. Esta es una etapa de notables y significativos cambios que van a marcar decisivamente cómo se incorporan al mundo adulto. Desde el punto de vista físico y biológico, los adolescentes experimentarán cambios orgánicos y hormonales que condicionarán transformaciones corporales, como la aparición de los caracteres sexuales secundarios propio de cada sexo. En las adolescentes se visibiliza la aparición de las mamas, el vello pubiano triangular, la distribución de la grasa corporal dando el aspecto redondeado característico. En los varones la aparición de la barba, el cambio de la voz, el desarrollo genital, el vello pubiano romboidal, entre otras características.

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano que no solo se limita a estos cambios corporales, sino que también van a adquirir un conjunto de capacidades y formas de comportamientos influenciados por patrones individuales, familiares, socioculturales y económicos. Entre las capacidades adquiridas por las y los adolescentes, se considera algunas características: capacidad del propio cuidado, “independencia” emocional respecto del mundo adulto, relaciones interpersonales más complejas, se establece un nuevo sistema de valores que guía la conducta, se toma decisiones de las nuevas vivencias que les toca afrontar.

Los cambios mencionados anteriormente llevan al adolescente a la toma de decisiones no muy acertadas, como por ejemplo en la iniciación sexual, cuando no cuenta con información suficiente y adecuada, cuyas consecuencias son las implicancias emocionales, sociales, orgánicas, entre otras, que traerían cambios en su vida, pudiendo en muchos casos ser el causal de enfermedades infecciosas transmisibles que comprometan su vida o embarazos no deseados. No debemos perder de vista que la iniciación sexual se da, cada vez, en sujetos más jóvenes, lo cual probablemente se correlaciona con una edad temprana y el inicio de la menstruación de las adolescentes.

Los y las adolescentes en la etapa de su vida y existencia social se encuentran en formación, desarrollando su vida cotidiana en espacios sociales como la escuela, institutos o universidades (Bourdieu, 2005). Muchos de ellos y ellas, son económicamente dependientes, por tanto, una paternidad y embarazo a esta edad significaría truncar su desarrollo personal, porque se verían rezagados, lo que llevaría al abandono de los estudios. La paternidad y el embarazo adolescente no deseado repercutirá negativamente en sus ingresos económicos, que le impedirán cubrir los gastos del nuevo niño por nacer, agravándose más su situación de pobreza. Así, se vuelven dependientes de otras personas, muchas de las veces serán juzgados y estigmatizados, lo que los torna vulnerables a cometer actos como el aborto clandestino, contribuyendo al incremento de la mortalidad materna.

Por otra parte, el niño recién nacido estará en permanente riesgo de no recibir adecuadamente la lactancia materna, la responsabilidad del cuidado del niño durante las 24 horas, porque en la naturaleza de su comportamiento no puede asumir la responsabilidad de su cuidado continuo, dejando de brindarle alimentación a sus horas y en tiempos determinados, lo que va a generar cuadros de bajo peso, desnutrición, anemia y enfermedades infecciosas. Así mismo los padres adolescentes no podrán brindarle al niño, lo que el Dr. Baltazar Caravedo (1968) llama “las vitaminas psicológicas”, es decir, “amor, afecto y ternura”. Con esto se evitará la morbimortalidad en los niños menores de 5 años.

Ante esta problemática, ¿en el Perú cómo se afronta el embarazo adolescente?

En este país existe el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia 2012-2021, aprobada por la Ley N.º 27666, DS N.º 001-2012 MIMP, que involucra a entidades tales como MINSA, Fuerzas Armadas, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos (MINJUS), Ministerio de Educación (MINEDU), Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

(MIMPV) e instituciones privadas. El plan tiene como misión disminuir la prevalencia del embarazo adolescente. Sin embargo, presenta serias limitaciones, porque no existe un trabajo multisectorial. En el año 2014 se efectuó una evaluación de este plan, habiéndose obtenido como resultado elevadas cifras de prevalencia del embarazo adolescente.

Para afrontar esta problemática, se deberían desarrollar estrategias de prevención en la familia, la comunidad y la escuela con una acción social y organizada de educación sexual. Teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es un problema multifactorial, debe de abordarse desde la familia y la escuela, es decir, los espacios de socialización primarios del niño. El Estado, acorde con su adscripción a la CDN,¹ tiene la obligación de brindar educación sexual, reforzar valores, enseñar derechos y deberes.

En el caso del Ministerio de Salud, debería tener como política de Estado desarrollar acciones preventivas promocionales para evitar el embarazo adolescente brindando información, consejería, educación sexual integral mediante actividades de planificación familiar, utilización de métodos anticonceptivos en todos los establecimientos de salud de la red primaria de atención a nivel nacional.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuáles son los factores en el personal de salud que limitan al adolescente el acceso a los servicios de salud y reproducción para la prevención del embarazo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, octubre-diciembre del 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Qué factores limitan a las y los adolescentes a acudir a los servicios de salud a recibir orientación sobre salud sexual y reproducción?

¹ El Estado peruano forma parte de la Convención desde 1990. Los principios de esta son: “1. Derecho a no ser discriminado, 2. derecho a la supervivencia y el desarrollo, 3. derecho a la participación; y 4. el interés superior del niño”. Por tanto, el Estado se encuentra obligado a diseñar políticas sociales para enfrentar la prevalencia del embarazo adolescente.

- ¿Cómo la situación de pobreza de la familia influye en el adolescente durante su desarrollo sexual?
- ¿Cuáles son las características en el personal de salud que limitarían a las y los adolescentes a recibir consejería en un servicio de salud?
- ¿Cuál es el concepto de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva?
- ¿Cuáles son los actores y espacios sociales en el que los y las adolescentes obtienen la información sobre su desarrollo sexual?
- ¿Qué estrategias se deben utilizar para involucrar a la familia, comunidad, sector educación, sector salud, entre otros, para conseguir su participación en educación sexual integral?

1.3. Justificación de la investigación

En el Perú, el embarazo durante la adolescencia constituye un problema de mucha relevancia para la salud pública, porque compromete al individuo, familia, sociedad, sistema económico, sistema de salud y educación, y a la sociedad en su conjunto. Su alta complejidad involucra a varios grupos poblacionales, haciendo difícil su prevención y control. Esta problemática no solo aqueja al Perú y América Latina, sino también a un mundo desbocado por la globalización,² razón por la que diferentes organismos nacionales e Internacionales diseñan estrategias educativas y organizativas con la finalidad de llevar a cabo planes para reducir su prevalencia.

Los adolescentes empiezan desarrollando su vida en el hogar, espacio social donde recibe las influencias del entorno familiar; por ejemplo, costumbres, comportamientos, cultura que sentarán las bases de sus interrelaciones personales y su comportamiento sexual. Las familias son parte de la comunidad, y quiérase o no se encargan de influenciar positiva o negativamente en el desarrollo del ser humano. Por otra parte, los adolescentes se encuentran en colegio, espacio donde se debería impartir

² “De todos los cambios que ocurren en el mundo ninguno supera en importancia a los que tienen lugar en la vida privada —en la sexualidad, las relaciones, el matrimonio, y la familia—. Hay en marcha una revolución mundial sobre cómo nos concebimos a nosotros mismos y como formamos lazos y relaciones con los demás. Es una revolución que avanza desigualmente en diferentes religiones y culturas, con muchas resistencias. Como en otros aspectos de este mundo desbocado no sabemos bien cuáles serán los términos relativos de ventajas y desventajas. En algunos sentidos son las transformaciones más complicadas e inquietantes de todas. La mayoría de nosotros puede aislarse de problemas mayores durante bastante tiempo —una de las razones por lo que es difícil trabajar en común para resolverlos—. No podemos abstraernos, sin embargo, del torbellino de cambios que llegan al corazón mismo de nuestra vida emocional” (Giddens, 2008, p. 65).

educación sexual integral por parte cargo de sus tutores, docentes y trabajadores sociales respetando su privacidad.

Según Patricia García, médico docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en el año 2014 el 40% de adolescentes señalan que sus profesores representan una importante fuente de información para los temas señalados, pero que lamentablemente no están preparados adecuadamente. Sin embargo, los servicios de salud y reproducción sexual cuentan con personal capacitado en esta temática y desarrollan diversas actividades de educación para ello crecimiento y desarrollo, inicio de la menstruación y de la actividad sexual, cómo hacer uso de su sexualidad en forma responsable y satisfactoriamente, etc. Además, cuentan con programas gratuitos como la planificación familiar, que no solo se limita a la consejería, sino que entrega material anticonceptivo de forma gratuita si desea iniciar su sexualidad de una forma segura. Por ello, las entidades prestadoras de salud juegan un rol más protagónico en países como Chile, Colombia, Nicaragua donde los profesionales de la salud han identificado las barreras que limitan el acceso de los adolescentes a estos servicios, tomando en cuenta:

- a) Ubicación de difícil accesibilidad.
- b) Ambientes inadecuados, ya que son proyectados para la atención del adulto y no del adolescente.
- c) Oferta de servicios de salud con horarios inadecuados.
- d) Recurso humano que no se despoja de sus prejuicios y juzga al adolescente; inadecuado conocimiento del tema; personal que rota constantemente y no utiliza un lenguaje sencillo, acorde y claro para el adolescente, no generando confianza.

El recurso humano constituye pieza fundamental para el establecimiento de una adecuada relación y vinculación con los adolescentes. Sin embargo, el personal con el que se cuenta no establece relaciones de empatía con los usuarios, por no estar capacitados para una adecuada atención en un ambiente de calidez y confianza. La capacitación del personal de salud a cargo de estos servicios no requiere de mayor gasto económico. La presente investigación busca identificar las barreras de acceso que impiden al adolescente establecer una relación afectuosa y de confianza con el personal de salud, hecho que limita que este no acuda a una entidad prestadora de salud.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Identificar los factores en el personal de salud que limitan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y de reproducción en la prevención del embarazo en esta etapa, que acuden al HNAL.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos de la población en estudio.
- Identificar los factores que limitan a las y los adolescentes a acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Identificar cómo la situación de pobreza y de la familia influyen en el adolescente durante su desarrollo sexual.
- Identificar las características en el personal de salud que limitan a las y los adolescentes a recibir consejería en los servicios de salud.
- Determinar el concepto de las y los adolescentes sobre salud sexual reproductiva.
- Identificar los actores sociales y espacios en el que los y las adolescentes obtienen información sobre su desarrollo sexual.
- Determinar las estrategias a utilizar en la familia, comunidad, educación, salud para conseguir su
- participación en educación sexual integral.

1.5. Propósito

Disminuir la prevalencia del embarazo adolescente en el Perú, tratando de identificar factores en el personal de salud que limitan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud, desde un punto de vista del personal de salud y del adolescente. Se busca mejorar las estrategias que nos permitan informar al adolescente sobre salud sexual integral y consejería, como llevar una vida sexual plena y saludable, bajo los principios de confidencialidad, confianza y respeto exento de prejuicios y juzgamientos.

El adolescente, teniendo este conocimiento adecuado y oportuno, podrá desarrollar su formación pasando a esa nueva etapa llamada adultez sin haber perdido la oportunidad de continuar su formación académica y obtención de trabajo con una mejora salarial.

1.6. Hipótesis: general y específicas

El presente trabajo de investigación no cuenta con hipótesis, al ser este de tipo observacional.

1.7. Variables

En la investigación sociológica se utilizará el método cualitativo que será complementado con el método cuantitativo. A partir de ello, se identificaron las siguientes variables:

- Factores sociodemográficos en encuestados
- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Edad de inicio de menarquia-actividad sexual
- Personal capacitado sobre educación sexual integral
- Relación empática
- Actitud del personal
- Actitud de las y los adolescentes
- Ubicación del servicio
- Calidad del servicio
- Infraestructura acorde con el grupo etario
- Planificación familiar y métodos anticonceptivos

1.8. Definición operacional de términos

En el personal de salud:

- Capacitación: conocimiento del tema
- Actitud: interés-desinterés
- Relación empática: transmisión de confianza y lenguaje sofisticado

En la institución:

- Infraestructura: ubicación del servicio y accesibilidad
- Calidad del servicio: ambientes diseñados para los adolescentes, horarios de atención, planificación familiar, métodos anticonceptivos

En el adolescente:

- Actitud: temor o vergüenza a ser visto.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Tipo de estudio

En mi práctica social como médico pediatra, he utilizado el método de investigación de la sociológica cualitativa. Este método consiste en sustituir el “estudio a distancia de los actores y de las situaciones” por el “estudio e indagación de la relación entre el investigador y el actor” (Touraine, 2009). Para este caso, el embarazo durante la adolescencia.

La investigación cualitativa busca descubrir cuáles son los hechos sociales en el personal de salud que limitan al adolescente a acceder a los servicios de salud y reproducción. Para ello, se ha trabajado con dos grupos: el personal de salud, al cual se le ha realizado entrevistas a profundidad, y los adolescentes quienes han brindado sus historias de vida.

Esta investigación se complementa con el estudio cuantitativo observacional, descriptivo, transversal de algunos factores que son necesarios modificar para orientar mejor en salud sexual integral en las y los adolescentes.

2.2. Área de estudio

Cualitativo:

- 6 historias de vida en adolescentes que acudieron al HNAL entre octubre a diciembre del año 2016.
- 5 entrevistas a profundidad en el personal de salud que labora en las áreas de Pediatría y Ginecobstetricia.

Cuantitativo:

- Se aplicó 205 encuestas a adolescentes para la recolección de datos.

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

- Personal de salud que atiende a adolescentes en la consulta externa del servicio de Pediatría y Consultorio Juvenil del servicio de Ginecobstetricia del HNAL.

2.3.2. Muestra cualitativa

- 6 historias de vida y 5 entrevistas a profundidad.
- Pacientes adolescentes varones y mujeres comprendidos entre los 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalización en el Servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016.

2.3.3. Muestra cuantitativa

- 205 pacientes encuestados.

Criterios de inclusión

- Personal de salud que atiende a los adolescentes en los servicios de Pediatría y Ginecobstetricia del HNAL.
- Pacientes adolescentes de ambos sexos comprendidos entre los 15 a 19 años de edad que acuden a la consulta externa del servicio de Pediatría y los pacientes hospitalizados en Pediatría y Ginecobstetricia del HNAL.

Criterios de exclusión:

- Personal de salud que no atiende a adolescentes y provengan de otros servicios de salud.

- Pacientes adolescentes comprendidos entre los 15 a 19 años de edad que acuden a los servicios de Pediatría y Ginecobstetricia de HNAL que no desean participar en el estudio.
- Pacientes menores de 15 años de edad y pacientes mayores de 19 años de edad.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se realizaron las entrevistas a profundidad en el personal de salud que atiende en los consultorios de Pediatría y Salud Reproductiva del HNAL.

Asimismo, se realizaron las tomas de información en las adolescentes asistentes a los servicios de Pediatría para la confección de las historias de vida y recolección de datos. Para el estudio participaron adolescentes de 15 a 19 años de edad, que aceptaron contribuir con sus apreciaciones respecto a los factores que impiden su acceso a los servicios de salud para la prevención de embarazo adolescente. Se utilizó el instrumento de dato tipo encuesta³ con 21 preguntas.

2.5. Diseño de recolección de datos

La información recogida a través de las encuestas realizadas fue foliada, previo ingreso a la base de datos en el programa IBM Statistics SPSS, versión 22, con el cual se realizó un análisis descriptivo-analítico.

2.6. Procesamiento y análisis de datos

Los gráficos fueron diseñados en el programa estadístico Microsoft Excel 2010. Se utilizaron herramientas gráficas como tablas con diagramas de barreras y tortas circulares.

³ Véase anexo 2 de la presente tesis.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO: CONTEXTO SOCIAL, ECONÓMICO, POLÍTICO Y CULTURAL DEL PERÚ

3.1. Problemas críticos en el Perú de hoy: el escándalo de la desigualdad y la pobreza

Históricamente, el Estado peruano ha estado ausente para atender integralmente a la niñez, no obstante que este sector de la sociedad constituye la materia prima más delicada de nuestra sociedad. Por ello, hace más de siete décadas, el influyente historiador Jorge Basadre afirmaba que el Perú tiene un Estado empírico y un abismo social que ha hecho que hoy en día el país esté fracturado y agobiado por conflictos sociales, políticos, económicos y culturales.

Según Francisco Durand (2006), hoy en día el Perú tiene “fracturas verticales y horizontales”. Estas últimas dividen la sociedad entre “los de arriba y los de abajo”, los incluidos y saciados, y lo pobres excluidos en la ciudad y el campo. Son brechas sociales y económicas que tienen una raigambre colonial, que distintos Gobiernos republicanos han intentado resolver mediante políticas sociales de corte asistencialista, pero que lamentablemente no han solucionado los problemas de desigualdad, pobreza y exclusión que afecta especialmente a la población infantil.⁴ Por su parte, las “fracturas verticales” son nuevas, en ellas la sociedad se segmenta “de arriba hacia abajo”, y provienen del surgimiento de sectores informales y delictivos que han emergido en un periodo de crisis. Operan con distintos niveles de respeto hacia la legalidad, lo que hace que tengamos una sociedad anómica y violenta.

Se puede afirmar entonces que la sociedad peruana está enferma, y el Estado no ha sido capaz de ofrecer las oportunidades necesarias para que los peruanos puedan desarrollar sus capacidades y habilidades. Por ello, en las décadas de 1960 y 1980 se

⁴ “El Perú es un país joven y con una población pobre, mayormente integrada por niños, niñas y adolescentes. En total, los menores de 18 años son 10 millones 617 mil personas (40% de la población total al 2001), cuyas necesidades son derechos que deben ser protegidas por el Estado, la sociedad civil y las familias. El 54.8% de la población peruana vive en condiciones de pobreza (14 millones 609 mil habitantes); mientras que el 24,4% de la población nacional vive en situación de pobreza extrema (6 millones 513 mil habitantes). Además, se tiene que el 40,4% de los miembros de los hogares pobres tiene menos de 15 años de edad. Es decir, en la distribución por edades los niños, niñas y adolescentes constituyen el grupo más excluido de la sociedad peruana, y por tanto en situación de mayor riesgo y de vulnerabilidad” (MIMDES, 2002, p. 21).

produjeron hechos de violencia política. El diagnóstico que hace el sociólogo Héctor Béjar (1973, pp. 64-67), en la década de los años 1960 es realmente estremecedor, al señalar que el Perú es un país enfermo, con altas tasas de desnutrición, mortalidad infantil, adicciones desde temprana edad, niños trabajadores, insalubridad, falta de vivienda, tugurización, desempleo, inflación, delincuencia, analfabetismo, presión tributaria favorable a las empresas, bajos gastos públicos, dependencia económica, deuda externa y una fe ciega en las inversiones extranjeras.

Lo mencionado nos lleva a corroborar la ausencia del Estado en su deber de atender eficientemente los servicios de salud y educación públicos⁵ en favor de la infancia. La inequidad siempre estuvo presente, generada por el modelo económico del capitalismo histórico (Wallerstein, 2003), el que históricamente tiende a reforzar la desigualdad, la pobreza⁶ y el desempleo en las familias, hecho que en diferentes momentos históricos ha traído como consecuencia la persistencia casi endémica de adolescentes pobres víctimas de embarazos no deseados, lo que constituye un inaceptable estado de la cuestión.

3.2. Los y las adolescentes en los cambiantes contextos sociales, políticos, económicos y culturales

Perú es un país de enormes desencuentros. A lo largo de su vida republicana, sus gobernantes han abandonado los servicios básicos de la población, como salud y educación, habiendo contribuido a la consolidación de la desigualdad y la pobreza, cuyas víctimas han sido niños, adolescentes y mujeres de sectores populares. Esta situación dio lugar al florecimiento de la violencia política, como el ocurrido en la

⁵ “El calamitoso estado de la educación y salud públicas son el resultado de décadas de persistencia de malas decisiones que no se corrigen no por falta de ideas, sino por ausencia de incentivos. Y la misma razón explica por qué seguimos atrapados en la trampa de la baja productividad a pesar de que hay muchísimas propuestas inteligentes acerca de qué hacer para superarlas” (Ganoza y Stiglich, 2015, p. 132).

⁶ “La pobreza del hogar puede ser un síntoma de la situación psicológica de la familia. Normalmente la pobreza no debe existir en ninguna familia, salvo circunstancias de orden general que están fuera del hombre mismo. Cuando una familia se encuentra en situación miserable es debido por lo común, a causas intrínsecas de las personas que conforman ese grupo familiar. Por lo general, la miseria familiar tiene como causas: capacidad intelectual de los padres, perturbaciones de la conducta social, enfermedad mental, alcoholismo, enfermedades sociales. Estas causas deben removerse cuando la investigación pone en claro que ella son los generadores de los disturbios hogareños. El status económico de la familia depende no solo de los que los padres ganen sino de las oportunidades que estos tienen para encontrar ocupaciones apropiadas a sus actividades y capacidades. Cuando el padre y la madre trabajan en ocupaciones que no son o están de acuerdo con ellos el rendimiento decae y la situación de la familia decrece. Esto crea el resentimiento las tensiones, las interrelaciones desagradables entre padres e hijos, el ausentismo del hogar, el alcoholismo, etc.” (Caravedo, 1968, p. 49).

década de 1960. Allí, el Movimiento de Izquierda Revolucionaria (MIR), encabezado por el exaprista Luis de la Puente Uceda, intentó tomar el poder mediante la vía armada. Se intentó derrocar al fracasado Gobierno reformista de Belaunde Terry (1963-1968). Fernando Belaunde Terry⁷ prometió al pueblo peruano, una serie de cambios, como la reforma agraria. Sin embargo, fracasó debido al obstruccionismo de los actores políticos, como fue el caso del Congreso, a partir de un pacto entre el odriismo y el aprismo. Esta situación dio lugar un golpe militar de las Fuerzas Armadas, encabezado por el general Velasco Alvarado, quien condujo el autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada, en el período 1968-1975. Este Gobierno, llamado de la “primera fase”, realizó reformas estructurales como en los sectores educación, salud,⁸ industria y mundo agrícola, siendo esta última una de las reformas más radicales del continente (Zapata, 2018).

El Gobierno militar buscó construir un Estado del bienestar para los sectores más marginados de sociedad: campesinos, pobladores de los barrios marginales. Sus políticas eran partidarias del modelo de “industrialización por sustitución de importaciones” (ISI), tomando como referencia las propuestas de la Comisión Económica para América Latina Naciones Unidas (CEPAL) de las Naciones Unidas. Sin embargo, sufrió un golpe militar interno, esta vez en manos del general Morales Bermúdez. Corría 1975, y la propuesta desarrollista de Velasco se abandonó y se fue desmontando hacia un nuevo viraje político y económico.

Cabe precisar que el Gobierno de Morales Bermúdez, siguiendo las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, empezó a aplicar las políticas económicas de ajuste, más conocidas como los “paquetazos económicos”. Este hecho dio lugar a la protesta de los trabajadores metalúrgicos, mineros, textiles, bancarios, barriales, entre otros. Como respuesta a la movilización social, Morales Bermúdez reprimió con violencia, pero al verse arrinconado entre las cuerdas, en 1978 tuvo que convocar a una Asamblea Constituyente. Esta elaboró la Constitución política del Perú de 1979, en donde por primera vez la república reconoce el derecho al voto para los analfabetos y para los

⁷ “Durante su primer mandato (1963-1968), Belaunde enfrentó una insurgencia armada izquierdista y un movimiento campesino andino, el cual continuó después de la derrota guerrillera, llevando a cabo extensas ocupaciones de tierras. Precisamente en el momento en que el movimiento campesino parecía lograr una reforma agraria *de facto*, los militares tomaron el Gobierno en 1968. Bajo la conducción del general Juan Velasco Alvarado, en el movimiento militar reformista se propuso cooptar el movimiento campesino decretando la reforma agraria conducida por el Estado” (Rénique y Poole, 2019, p. 29).

⁸ Creó el IMPROMI.

mayores de 18 años. El régimen económico de esta Constitución reconocía la economía social de mercado y el respeto de los “derechos económicos, sociales y culturales” (DESC). En 1980 se realizan las elecciones generales, dando lugar al retorno de la democracia en nuestro país.

3.3. Los y las adolescentes en tiempos de crisis, violencia política y miedo

Tras largos años de dictadura militar, la democracia retorna con las elecciones generales que tuvieron lugar el 18 de mayo de 1980. Ese mismo día, en la lejana comunidad de Chuschi (Ayacucho) irrumpe una columna subversiva para destruir y quemar las ánforas, y amenazar a la población campesina. Así se tuvo inicio la llamada “lucha armada” por parte del Partido Comunista del Perú-Sendero Luminoso (PCP-SL), que declaró la guerra al Estado peruano y a sus endeble instituciones.

Paradójicamente, en este proceso electoral, después del retorno de los militares a sus cuarteles, el pueblo peruano nuevamente eligió como presidente de la república, para el periodo 1980-1985, nuevamente a Belaunde Terry. El arquitecto calificó la acción subversiva como un “hecho aislado” y a los autores como “abigeos”, sin imaginar que era el comienzo de una guerra fratricida entre peruanos, la que abriría profundas heridas en nuestra sociedad, y cuyas consecuencias negativas afectaron a niños, adolescentes, mujeres y familias pobres.

El período de violencia política, que duró desde el año 1980 hasta el año 2000, comprometió no solo al Gobierno de Belaunde Terry (Acción Popular), sino también al de Alan García Pérez (APRA), en el período 1985-1990, y al de Alberto Fujimori (Cambio 90), en el período 1990-2000. En estas décadas de violencia terrorista y del miedo, se cometieron inenarrables excesos contra la vida de niños y adolescentes, hombres y mujeres, habitantes del campo y la ciudad, no solo por parte de los terroristas de Sendero Luminoso, sino también de los miembros de las Fuerzas Armadas.

Como resultado de esta guerra terrorista fratricida, se produjeron muchas víctimas y vidas tempranamente desperdiciadas, teniendo como saldo muertes innecesarias, traumas, frustraciones y enfermedades psicológicas.⁹ Todo esto se develó para el Estado el año 2001, en el Gobierno de transición de Valentín Paniagua, quien

⁹ “Muchos fueron asesinados, muchos otros perecieron o importaron enfermedades, y los demás se extinguieron tras verse privados de los caminos que mantuvieron vivos durante siglos a sus ancestros” (Bauman, 2006, p. 55).

creó la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR), luego de la caída del Gobierno de Fujimori, prófugo de la justicia en Japón después de destaparse graves actos de corrupción.

En este largo período de violencia terrorista, como siempre los niños y adolescentes del mundo andino, amazónico y costeño fueron ignorados e invisibilizados por el Estado y la sociedad. En efecto, como dice Emma Rotondo (2005, p. 587): “De acuerdo al informe de la CVR, un 13% del total de víctimas de violaciones de derechos humanos... fueron niños y niñas que sufrieron desapariciones forzadas, ejecuciones extra judiciales, asesinatos, tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, violencia sexual, violencia a la libertad individual y reclutamiento forzado, así como orfandad. Todos los grupos intervinieron en el conflicto armado sin excepción, es decir, agentes del Estado u grupos subversivos ignoraron a los derechos más elementales de niños y niñas pese a que, como precisa el informe ‘...entre los derechos fundamentales no derogables, incluso los conflictos armados, figura el respeto y la garantía de los derechos de los niños, tanto en su condición de seres humanos y la dignidad inherente a estos’”.

Desgraciadamente, estos hechos sucedidos durante el conflicto armado constituyeron afrentas oprobiosas que fracturaron los vínculos sociales y afectivos entre los niños, adolescentes y sus familias, y repercutieron negativamente, en los modos de vida. Ellos llevan inscritos en el cuerpo y en la mente las secuelas de esta brutal violencia que se agravó con las medidas del *shock* económico del 8 de agosto de 1990. Entonces, las víctimas han sido decenas de miles de adolescentes que se encuentran diseminados a lo largo y ancho del país. Y de esta situación no han sido ajenos los y las adolescentes de Lima Metropolitana, particularmente quienes asisten a los servicios de Salud Reproductiva del HNAL.

Transcurridos los años, después de la violencia política y el ajuste económico neoliberal, las condiciones de vida de los adolescentes en el Perú y Lima Metropolitana no han mejorado significativamente, lo que se corrobora con lo manifestado por Enrique Vásquez, en una entrevista realizada por Mariela Balbi publicada en el diario *El Comercio*, el 27 de setiembre del 2004, donde señala: “Tenemos más de 300 mil jóvenes de 18 a 25 años que no estudian ni trabajan y no hacen nada dentro del hogar. Es muy peligroso”. Esta situación está creando una bolsa social que favorece la aparición de pandilleros, adolescentes que se embarazan tempranamente, y adolescentes

que se enrolan en las filas de la delincuencia adolescente juvenil (Chiroque, 2005, p. 34).

3.4. Los y las adolescentes en el contexto del neoliberalismo y la violencia terrorista

La violencia política y el ajuste económico neoliberal vivido en el Perú en las dos últimas décadas del siglo XX dejó a nuestra sociedad una secuela de graves violaciones de los derechos humanos, especialmente de los “derechos económicos, sociales y culturales” (DESC). Esto ha sucedido sin que se hubiera producido una reacción, tanto del Estado como de la sociedad civil.

Las reformas económicas neoliberales aplicadas en la década de 1990 mediante el *shock* económico, quiérase o no, afectaron a los adolescentes en el país, causando una profunda crisis en los diversos ámbitos de sus vidas y de la sociedad. Las políticas instauradas por Fujimori a través del *shock* del 8 de agosto 1990 y las ideas del Consenso de Washington agudizaron los ya existentes problemas sociales producto de la grave crisis económica, el desprestigio de los partidos políticos y el conflicto armado iniciado en la década de 1980. En este contexto, la sensación de ineficacia del Estado para resolver los problemas más sentidos del país permitió la realización de reformas autoritarias bajo el paraguas de los dictados del FMI y el Banco Mundial, que trajo como consecuencia el empobrecimiento de la golpeada población. Sin embargo, estas medidas económicas neoliberales, paradójicamente, contaron con el apoyo de amplios sectores de la población. En este escenario, se resquebrajó el débil contrato social entre el Estado y la población. Este se reconfiguró debido a la ineficacia del Estado para poder proveer de servicios y garantizar derechos básicos en torno a la salud, la educación y el trabajo (Román y Ramírez, 2018).

En efecto, después del ajuste económico en el Perú, y a nivel de Lima Metropolitana, en estos años la tasa de desocupación femenina fue de 12.2% y la de los hombres 8.3%, según datos del censo de 1993. El 92.3% de los trabajadores del hogar son mujeres y representan el 11.2% de la PEA femenina. En síntesis, es una evidencia de que las mujeres son las más pobres, en una población económicamente deteriorada como consecuencia de las políticas económicas neoliberales. Esta situación hizo que surjan guetos de trabajo femenino informal,¹⁰ donde las mujeres ganan menos que los

¹⁰ “Tres de cada cuatro personas económicamente activas en el Perú están en un empleo informal y se encuentran en los hogares de nivel socioeconómico C y D. Estas abarcan la mayor parte de lo que el

hombres; y los servicios de salud para ellas son cada día más precarios, a pesar de que la principal causa de mortalidad femenina está vinculada a la salud reproductiva; y en el caso de las y los adolescentes, las prácticas sexistas del amor líquido (Bauman, 2005) precarizan, aún más, las relaciones afectivas y amorosas de este sector de la población (Vera, 1995).

Ahora bien, cuando se trata de la vida y existencia social de las y los adolescentes, según el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010 (MIMP, 2012). los derechos sexuales y reproductivos, se expresan con la persistencia del embarazo, como un problema grave por resolver en todas las regiones del país, particularmente en las zonas rurales y pobres urbanas, en donde existe menor atención de servicios y un mayor índice de embarazado precoz y enfermedades de transmisión sexual.

En el caso de las adolescentes atendidas en los servicios de salud sexual y reproductiva y pediátrica en el HNAL, los problemas descritos también se repiten recurrentemente. Esto constituye un inaceptable estado de la cuestión, y necesita ser enfrentado con actividades preventivas promocionales en salud sexual reproductiva para esta población, mediante una acción movilizadora de la comunidad y de los profesionales de la salud.

3.5 El escándalo de la desigualdad, pobreza, y exclusiones tempranas

El Perú es un país que posee una gran diversidad cultural, con una población joven en gran medida pobre, principalmente formada por niños y adolescentes, conformando los menores de 18 años de edad una población de 10 millones 617 mil personas (40% del total, con proyección al 2021), con derechos y necesidades básicas, como la salud y la educación, que deben ser protegidos por el Estado, la sociedad y las familias. Sin embargo, millones de peruanos viven aún sumidos en la pobreza. Se calcula que el 40.4% de los miembros de los hogares pobres tiene menos de 15 años de edad. Lo que significa que, en la distribución por edades, los niños y adolescentes constituyen el grupo más excluido de la sociedad peruana y, en consecuencia, en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad (PNAIA, 2002-2010).

Banco Mundial ha catalogado como la clase media latinoamericana —personas con un ingreso entre los diez y cinco dólares diarios (Lora y Chaparro, 2008)” (Ganoza y Sitglic, 2015, pp. 72-73).

Si bien es cierto que en las últimas décadas hubo un crecimiento sostenido del PBI, debido al incremento de la inversión privada y las exportaciones, y la inflación de precios ha sido estabilizada, la ilusión del desarrollo social no se ha cumplido. La reducción de la pobreza ha sido maquillada estadísticamente, sin que tuviera impacto real sobre millones de familias. Como señala Raúl Mauro (2005, pp. 62-63): “En las regiones de la selva y Lima Metropolitana la incidencia de la pobreza se ha mantenido, excepto en 1999 donde ambas tasas se incrementaron ligeramente. A nivel de áreas de residencia, el área urbana muestra que el porcentaje de pobres se incrementó sostenidamente hasta 1999, decayendo el 2000; mientras que en el área rural la pobreza aumentó por encima del nivel observado en el año 1997”.

En efecto, a pesar de crecimiento económico, no se sintió en una mejora de la calidad de vida y en el bienestar de la población, pues la desigualdad y la pobreza persisten, no obstante que el Estado y Gobiernos sucesivos hayan ejecutado políticas sociales, aunque con un sesgo asistencialista y de clientelaje político. El Estado sigue apostando por una política social de focalización, solo para aliviar la pobreza y pobreza extrema, sin dar importancia al “desarrollo de las capacidades y habilidades” de las personas pobres, a fin de lograr una mejor calidad de vida y bienestar, especialmente para los niños y adolescentes de familias con bajos recursos. Es preciso recalcar que la pobreza no se limita a carecer de recursos económicos, sino también implica la negación al acceso de derechos políticos, sociales y culturales, como una buena educación, salud, empleo y vivienda dignas, que contribuyan a la estabilidad de la familia (Kliksberg, 2002).

Las investigaciones en salud sexual reproductiva y embarazos no deseados han sido pocas y limitadas, y generalmente han estado dirigidas al estado nutricional, tasas de mortalidad, esperanza de vida al nacer, entre otros. Durante estas últimas décadas, las políticas sociales orientadas a la promoción de la salud¹¹ han tenido algunas

¹¹ “La salud es, ante todo, un fin en sí mismo. Pertenece a la categoría de los derechos humanos más básicos crear condiciones favorables a la salud de toda la población, no es una concesión ni una facilidad es hacer honor a ese derecho básico, es una de las obligaciones elementales de un derecho democrático por su misma definición. [...] Al mismo tiempo, la inversión en salud es la de mayor retorno posible. Significa fortalecer el capital humano de la sociedad, base de la productividad como se ha enfatizado, el progreso tecnológico y la competitividad. Sin una base firme en materia de salud, los objetivos de crecimiento educativo de la población..., no tendrán posibilidad de materializarse. Un mejor nivel de salud, dice el banco Mundial (1993), aporta el crecimiento económico en cuatro aspectos muy concretos: reduce las pérdidas de producción causadas por enfermedades de los trabajadores; permite el acceso a los recursos naturales que serían inaccesibles sino se eliminan enfermedades propias de las zonas donde se hayan estos recursos (por ejemplo: malaria, paludismo etc.); aumenta la matrícula escolar la capacidad de los niños de aprovechar la educación; y libera recursos que de otro modo, deberían destinarse a la

limitaciones y carencias, intentando cubrir la cobertura de atención de los pacientes, para la eliminación de las barreras económicas, a fin de favorecer a la población más pobre, por lo que en los años 1997 y 1998 se implementó el “seguro escolar gratuito” y el “seguro materno infantil” (Muro, 2006). La evaluación a estos seguros muestra problemas de inequidad y filtraciones en el acceso a los servicios de salud (Jaramillo, 2004).

3.6. La transición democrática y la persistencia de la desigualdad y la pobreza

Después de la caída del régimen autocrático de Alberto Fujimori, en el Perú se inicia la transición democrática, con la elección de Alejandro Toledo como presidente de la república para el período 2001-2006. Sin embargo, este proceso no estuvo acompañado del cambio del modelo económico neoliberal. Si bien es cierto la dictadura de Fujimori dejó el poder político, sin embargo, se siguió con la construcción del segundo piso del fujimorismo económico, y en materia de políticas sociales, particularmente en el sector salud, se siguió con el mismo enfoque de asistencialismo y clientelaje político (Jiménez, 2016).

Un análisis institucional del gasto en salud durante los primeros años de Gobierno de Toledo concluye que no se tuvo un cambio sustancial con respecto a las políticas heredadas del Gobierno de Fujimori, ya que algunos programas nutricionales como el PRONAA, Vaso de Leche, desayunos escolares, dirigidos a la población infantil, fueron trasladados del Ministerio de Salud hacia el Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Humano, provocando una fragmentación del sector salud y reduciendo su eficacia en el campo (Vásquez, 2004).

curación de enfermedades. La OPS y la CEPAL (1998) destacan que las condiciones de salud no adecuadas aumentan los días de ausencia laboral, disminuyen la productividad, restan motivación e iniciativas en el lugar del trabajo. La salud es un elemento de competitividad empresarial. Las empresas con personal más saludable tienen menor ausentismo y mayor productividad. El estado de salud es un catalizador de círculos viciosos y perversos en relación con la pobreza. Un círculo perverso frecuente es el que los pobres tienen más posibilidades de enfermarse y, al perder salud, tienen mayores dificultades para buscar alternativas para enfrentar la pobreza. A la inversa, la mejora en su acceso a la salud los dota de mejores posibilidades para encararla. La salud es así mismo, por sus características, un campo casi óptimo para mejorar la inequidad en general. Es posible lograr avances importantes en salud (en cobertura, acceso, información y otros aspectos, con costos más bajo y en períodos de tiempo más cortos) que lo que significaría introducir cambios en la redistribución del ingreso o crear empleos estables. Por otra parte, las sociedades tienden a tener una actitud de apoyo casi consensual al mejoramiento de las condiciones de salud y una intolerancia mucho mayor a la inequidad en salud en otros campos. Ambos aspectos crean bases favorables para políticas activas en esta materia. Por estas y otras razones, la equidad en salud es una meta esencial para las sociedades de nuestro tiempo” (Kliksberg, 2002, pp. 55-56).

Por otra parte, según Enrique Vázquez (2006), del presupuesto del sector salud para el 2005, el 45% de los recursos se destinaron al pago de sueldos y pensiones de los trabajadores. Según el proyecto presupuesto para ese mismo año, el sector salud recibió la suma de S/ 2412 millones de soles, monto menor al presupuesto de cierre del año 2004 (S/ 2476 millones). Según el presupuesto del año 2004, el 41% de los recursos del sector salud se destinaron al pago de personal y obligaciones previsionales (S/ 1010 millones). En la distribución del gasto a nivel agregado del presupuesto 2005, se evidenció que la cifra para el pago de personal y las obligaciones previsionales se incrementaron (S/. 1107 millones). La mayor parte de los recursos seguía concentrándose en gastos de personal (S/ 926 millones) y obligaciones previsionales (S/ 174 millones). De este modo, los programas que menos gastan tienden a concentrar sus recursos en gastos de personal, en desmedro de los gastos de capital, como en el caso de los programas de educación inicial y de salud sexual reproductiva de adolescentes (Vásquez, 2006).

En este mismo período del Gobierno de Alejandro Toledo, el acceso a la salud se siguió precarizando, especialmente para las mujeres de 17 y 49 años de edad, en situación de pobreza extrema, pues el acceso a los controles prenatales era de 76%, tanto en áreas urbanas como rurales. Las razones para no acudir a control prenatal eran muy distintos en cada contexto. Por ejemplo, entre las mujeres de Lima Metropolitana, el 42% aducía la falta de tiempo, además de la desconfianza y la vergüenza, entre otras barreras culturales. Por otra parte, la falta de información, o no considerarlo como algo necesario y prioritario, eran las excusas de parte de las mujeres (22%), o la falta de dinero (20%) para poder pagar esos servicios. El acceso a la planificación familiar — pese a los esfuerzos del MINSA— fue muy limitado. Esto ocurría pese a que entre el 69% (Cajamarca), el 73% (Lima y Loreto) y el 87% (Cusco) de las mujeres en edad fértil manifestaban el deseo de no tener más hijos. Los embarazos aumentaban, porque tanto los varones como las mujeres no utilizaban algún método anticonceptivo: 54% en Loreto, 55% en Lima, 64% en Cusco y 81% en Cajamarca (Vásquez, Aramburú, Figueroa y Parodi, 2001).

3.7. El modelo económico neoliberal y el piloto automático: 1990-2018

Si bien es cierto que en el Perú, en la última década del siglo XX, se estabilizó la balanza de pagos, se controló la hiperinflación y se derrotó al terrorismo, hubo un alto

costo económico, social y político. Esto se vio reflejado en altos índices de desocupación, la privatización de las empresas públicas, la desregulación de las leyes laborales, la limitada inversión social, tanto en salud como educación, lo que precarizó estos servicios públicos, dando lugar a la persistencia de la desigualdad y pobreza, a pesar de los altos índices de crecimiento económico.

En este contexto, asume su segundo Gobierno Alan García, para el período 2006-2011. Allí se pregonó el “cambio responsable”, que se caracterizó por un marcado interés en favorecer la inversión privada extranjera, con el deseo de acelerar la integración del Perú con los grandes mercados mundiales, mediante los “tratados de libre comercio” (TLC), especialmente con Estados Unidos. Sin embargo, en términos económicos siguió con el piloto automático, pues no se atrevió a tocar el modelo económico neoliberal.¹² Esta situación generó una serie de conflictos sociales, que terminaron violentamente, como la brutal y desmedida represión de las poblaciones amazónicas en el llamado Baguazo, en la llamada Curva del Diablo, provincia de Jaén.

No podemos negar que entre los años 2006-2011, el PBI en el Perú continuó creciendo en un 7.2%, gracias a la exportación de los minerales y los altos precios en el mercado internacional. Además, en términos nominales, durante este período la pobreza decreció de 49% al 28%, y la pobreza extrema bajó a un 6.3%. La pobreza en la zona urbana fue de 18%, y en la zona rural 56.1%. Además, el crecimiento anual de la población para el 2011 fue de 1.1%, concentrándose el 57.3% en Lima, La Libertad, Puno, Piura, Cajamarca, y Junín.

El Gobierno de García no supo aprovechar los altos precios de las materias primas en el mercado internacional, y no obstante el crecimiento económico favorable, no fue capaz promover políticas sociales en salud y educación, para la equidad, integración social y pleno desarrollo de la persona humana. Lamentablemente, las políticas sociales siguieron con el mismo enfoque asistencialista, atomizados, desarticulados y con un alto grado de clientelaje político. Alan García nos dejó una economía más vulnerable y más dependiente, que generaba servicios de baja

¹² “[...] el modelo neoliberal descuida el desarrollo y expansión de los mercados internos, con lo cual conspira contra la inserción competitiva de la economía en los mercados internacionales, mediante aumentos sostenidos en la productividad. Es un modelo que alienta la competitividad mediante la apertura comercial indiscriminada y con salarios estancados. ¿Será porque defiende la especialización primaria exportadora que no puede criticar al actual Gobierno del vergonzoso ‘óbolo minero?’” (Jiménez, 2016, p. 63).

productividad y calidad, acompañada de una distribución del ingreso más desigual, expuesta a los conflictos sociales.¹³

Por otra parte, los diferentes programas orientados a los pobres y pobres extremos se siguieron implementando, sin embargo, en el momento de la inscripción, eran considerados como personas que económicamente no lo requerían, y los que realmente lo necesitaban no eran inscritos. Estos programas eran de gran cobertura, delimitados por el criterio geográfico o administrativo, produciéndose la filtración a la gente que no debía ser beneficiaria, y la exclusión a los que sí debían beneficiarse (Verdera, 2007).

Como resultado de las políticas económicas neoliberales, disminuyeron los ingresos de los trabajadores, se desregularon los mercados de trabajo, se debilitaron las organizaciones sindicales, se aplastó a la clase media, se empobreció y precarizó la calidad de la salud y la educación brindadas por el Estado y, por ende, aumento la desigualdad (Jiménez, 2009).

Durante el período 2011-2016, se eligió democráticamente como presidente a Ollanta Humala, quien prometió la “gran transformación”, para un cambio de rumbo en la política económica del país, y de esta manera terminar con los monopolios económicos de poder. Además, proponía una mayor presencia del Estado, en todo el territorio nacional, especialmente en los Andes y la Amazonía, poniendo énfasis en la inversión social en salud, educación y seguridad ciudadana. Sin embargo, como los anteriores presidentes, siguió con el “piloto automático” en materia económica. En otras palabras, respetó escrupulosamente las políticas neoliberales, exacerbando las asimetrías sociales, acrecentando la desigualdad en la distribución de los ingresos y recursos, al

¹³ “Aumentó la penetración de las importaciones, con lo cual afectó la producción industrial y agrícola. Sus causas son los tratados comerciales y las rebajas arancelarias (como la reciente que reduce el promedio arancelario a solo 3.5%). Toledo dejó un porcentaje promedio de importaciones respecto al PBI (ambos en términos reales) de 17.5% y García nos deja un promedio de 20.8%. En materia de exportaciones, la gestión de García es solo beneficiaria de los precios altos de las materias primas. El porcentaje promedio de las exportaciones con respecto al PBI fue de 19.4% en el Gobierno de Toledo y de 19.8% en el gobierno de García. La enorme vulnerabilidad de la caída de los términos de intercambio es obvia. La industria no primaria mantiene su baja participación de cerca de 12% en la generación del PBI. El crecimiento es liderado ahora por el comercio y otros servicios —además de la construcción—, que en conjunto representa el 63% del PBI. Estos dos sectores, junto a la construcción son los que más crecieron durante el período 2005-2009: 37.8%, 30.9% y 65.4%, respectivamente, mientras el PBI creció a la tasa de 20.9%. El crecimiento se sustenta en aumentos sostenidos de la producción y, por lo tanto, no conduce a ganancias de competitividad. En los sectores de comercio y otros servicios, trabaja 77% de la PEA, en empresas de uno y diez trabajadores de baja calificación y donde el ingreso promedio mensual se ubica entre S/ 6000 y S/ 650. Esta manera de crecer incrementa la desigualdad de ingresos y, por tanto, alimenta el conflicto social. Mientras el PBI y las exportaciones reales per cápita crecieron en el período 2000-2008 en 47.2% y 69.1%, respectivamente, los salarios reales promedio decrecieron el 10%” (Jiménez, 2017, pp. 162-163).

oponerse al papel regulador del Estado, con políticas orientadas a dismantlar los estándares regulatorios en casi todos los mercados (Jiménez, 2016). El Gobierno de Humala, traicionando su oferta electoral, mantuvo el *statu quo* de la economía, para que nada cambie y casi todo siga igual.

Este Gobierno de la frustrada gran transformación, gracias al piloto automático, y en un escenario de desaceleración de la economía, con una inflación del 3%, reordenó el aparato del Estado y terminó creando el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios sociales, y por ende la calidad de vida de las personas que sufren pobreza y que son vulnerados en sus derechos. Para ello, promovió la promulgación de la Ley de Consulta Previa, para solicitar la opinión de los pobladores indígenas para la inversión extractiva en los territorios donde habitan. Acuñó, el discurso “Crecer para incluir”, creando para ello algunos programas y políticas sociales como Cuna Mas, Pensión 65,¹⁴ Beca 18, Qaly Warma, Juntos, todos de corte asistencialista, según ellos para fortalecer la inclusión social. Sin embargo, en la realidad no se notaron mejoras o cambios significativos en las políticas públicas de salud, educación y seguridad ciudadana.¹⁵

El balance en el quinquenio del Gobierno de Ollanta Humala no deja buenos resultados; como siempre, el sector social de los pobres fue el más afectado. En efecto, se mantuvieron, 7 millones de pobres, que incluye a un millón 700 mil familias; dentro de estos hogares, viven un millón 800 mil gestantes, entre ellas adolescentes menores de 19 años de edad. Por otra parte, solo el 74.8% de la población tuvieron acceso al agua potable. El 41.3% de las familias viven asentamientos humanos, 84.9% tiene alumbrado eléctrico. En términos de escolaridad el 51.9% mayor de 15 años estudió algún año de educación primaria, el 41.7% estudió algún año de educación secundaria; y solo el 6.4%

¹⁴ “Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2015, 2 043 348 peruanos tenían 65 años o más, representando aproximadamente el 6.3% de la población total. Esta cifra contrasta notablemente con lo que ocurría veintisiete años atrás, en el año 1988, cuando el grupo poblacional llegaba al 3.8% de la población (unas 800 000 personas). Las estadísticas muestran que en la actualidad un importante porcentaje de adultos mayores de 65 años o más no cuentan ni con seguros de salud ni con pensiones de jubilación: Si bien es cierto que han existido en décadas recientes importantes esfuerzos para mejorar la protección social de los peruanos, incluyendo a los adultos mayores, el problema es profundo, pues es el resultado de muchos años de descuido y abandono a este sector de la población” (García Núñez, 2017, p. 211).

¹⁵ “La tasa de delitos ha aumentado en más del 50% en los últimos 10 años, y, según los cálculos más pesimistas, la de homicidios se habría multiplicado por cinco en el mismo período. Por lo demás, cada vez más se reportan más casos de sicariato y el crimen organizado parece más activo. [...] La actividad criminal ha mostrado una tendencia en línea con lo que se esperaba bajo la teoría [...] Entre 2002 y 2006 [...] la delincuencia y la tasa de homicidio se mantuvieron relativamente estables [...], y es a partir de 2007 que la tasa de delincuencia y homicidios comienzan a crecer rápidamente” (Ganoza y Stiglich, 2015, pp. 105, 110-111).

alcanzó estudiar educación superior. En relación al sector salud, el 31.3% de la población está asegurado en el Sistema Integral de Salud (SIS), el 24.4 % pertenece al Seguro Social de Salud (ESSALUD), el 1.9% tiene otra atención, el 2.35% recibe atención en los servicios de salud de las Fuerzas Armadas, el 2.12% en algún seguro privado y el 38.19% no tiene ningún tipo de seguridad social.

Cabe precisar que la población afiliada al SIS no necesariamente es la más pobre o necesitada, pues la evaluación económica-social para su inscripción queda en poder de la subjetividad de la persona encargada de este trámite. Por otra parte, el niño o niña que no cuenta con documento de identidad no podrá ser afiliado al SIS. Las atenciones brindadas serán proporcionadas en el puesto o centro de salud cercano al hogar del afiliado; muchas veces estos servicios de atención primaria de la salud no cuentan con una infraestructura adecuada, con los recursos humanos y materiales como medicinas, laboratorios, apoyo de imágenes para diagnósticos, etc.

Concluyendo, tanto los establecimientos de salud del MINSA como de ESSALUD prácticamente están colapsados, pues sufren de muchas carencias que no satisfacen las necesidades más urgentes de atención de la salud de la población. Por otra parte, el trato que brindan los profesionales de la salud no tiene calidez ni calidad humana hacia los pacientes, ya que tienen que cumplir solo metas de atención cuantitativa, lo que hace casi mecánica la atención para quienes acuden a los establecimientos de salud pública.

Entonces, nos preguntamos: ¿De qué vale el crecimiento de la economía si el Estado no invierte en servicios de salud y educación de calidad, que son claves para mejorar la calidad de vida, el desarrollo humano y el desarrollo sostenible del país? ¿Por qué el Estado no invierte en la formación integral de los profesionales de la salud, para darle un rostro más humano a los servicios de salud, donde acuden los y las adolescentes?

3.8. El crecimiento económico del PBI: inversión social en educación y salud: inclusión social, fortalecimiento de la democracia y gobernabilidad

La CEPAL (1998) planteó que el acceso equitativo a los servicios de salud es un derecho esencial de los seres humanos en nuestro tiempo y una condición básica para asegurar una mejor calidad de vida para que haya un desarrollo sostenible, se fortalezca la democracia, las naciones tengan gobernabilidad y se legitimen los Estados. Sin

embargo, en el Perú después de 29 años de modernización neocolonial (Jiménez, 2017), el Estado no cumple con brindar a sus ciudadanos el acceso equitativo, tanto a la salud como a la educación públicas, lo que nos hace un país con altos índices de conflictividad social, desocupación, informalidad, corrupción casi endémica, con una débil y frágil democracia¹⁶, y un Estado ausente y empírico, incapaz de ofrecer un buen Gobierno.¹⁷

Entonces, la pobreza es producto de decisiones políticas que requieren de compromiso a nivel internacional y nacional. La ONU califica las desigualdades como “grotescas”. Se calcula que con solo la aportación del 1% de la fortuna de las “200 personas más ricas del mundo” se puede brindar acceso a la salud y educación primaria de todos los niños del mundo. En este sentido, los países que tienen mayor desarrollo social y crecimiento económico, porque invierten en educación salud, como Suecia, Holanda, Noruega, Dinamarca, Canadá, entre otros, se preocupan por potenciar el capital humano, universalizando la educación y la salud de calidad, brindando buenos servicios públicos para todos. Además, han logrado descentralizar los organismos estatales, promoviendo la participación comunitaria, estableciendo pactos nacionales en defensa de todos y todas, creando de esta manera círculos virtuosos que contribuyen al desarrollo humano y una mejor calidad de vida para las personas.

En cambio en otros países, como es nuestro caso, tanto el Estado como los Gobiernos adoptan políticas sociales que solo generan desigualdad y pobreza. La pobreza no solo significa un menor ingreso económico por sueldos bajos, inestabilidad laboral o falta de trabajo, sino también una pérdida de derechos para recibir educación y salud. Muchas de las veces las poblaciones carecen de servicios básicos, como agua potable, luz, desagüe, medios de transporte y/o carreteras limitando la conectividad de los territorios. Estas situaciones repercuten negativamente en la vida de cada ser

¹⁶ “La democracia no se define solo por la legitimidad constitucional-representativa, ni solo por la separación y el ejercicio autónomo de los poderes del Estado. Gobiernos legítimos, elegidos por el voto popular pueden seguir la práctica de someter a sus críticos u opositores, de facilitar la concentración de la riqueza, de permitir la posición de dominio y abuso del poder, de discriminar y no tomar en cuenta a los pueblos indígenas y de despreciar las condiciones de vida y los niveles de ingreso de los trabajadores. Y, en ese caso, claro está, estamos frente a Gobiernos antidemocráticos; frente a gobiernos que no practican la democracia republicana y que, por lo tanto, no evitan el dominio de unos sobre otros ni les importa la pérdida del ejercicio de la libertad por la ausencia de condiciones materiales de existencia” (Jiménez, 2016, p. 301).

¹⁷ “El Estado peruano sigue siendo empírico, frágil, corroído y poco eficaz, para usar algunos de los adjetivos con los que el historiador Jorge Basadre lo calificó hace setenta y cinco años en su *Historia de la República del Perú*” (Ganoza y Sitiglich, 2015, p. 62).

humano; les restan voz, poder, autoestima y destruyen así las bases para la constitución y permanencia de familias sólidas.

En el Perú, las altas tasas de desigualdad y pobreza caracterizan la situación de las familias, así como la niñez y adolescencia de los sectores más pobres. Este lastre ha sido enfrentado, en estos 29 años de festín neoliberal, tanto por el Estado como por los sucesivos Gobiernos, con políticas sociales cuya lógica es el “derrame”, o “chorreo”. No obstante, el crecimiento del PBI, incluso a nivel *per cápita*, no ha garantizado en ningún momento una mejor calidad de vida.

En efecto, en el Perú, en estos primeros años del siglo XXI, este modelo del “derrame”, “chorreo” o “goteo” no ha contribuido a superar la situación de postración y miseria de un grueso sector de la población peruana, hecho que limita el desarrollo humano para enfrentar hoy los desafíos del desarrollo. Entonces lograr la reducción de la desigualdad y la pobreza no será posible mientras se espera el crecimiento económico, en tanto ir solucionando los problemas con “parches y remiendos”, porque el “derrame” no ocurrirá equitativa y automáticamente; caso contrario, solo aumentará la brecha entre los ricos y los pobres. En conclusión, no solo se debe apuntar a un mayor crecimiento económico, sino también a una mejor política social, para lograr el desarrollo,¹⁸ para incrementar el bienestar del ser humano, de las familias y de las comunidades en su conjunto (Kliksberg, 2002).

Finalmente, una no grata constatación es que en 29 años de “modernización”, anclada en el modelo económico neoliberal, los Gobiernos “democráticos” no han logrado la inclusión social, ni mucho menos la participación protagónica de los niños, adolescentes y sus familias en la costa, los Andes y la Amazonía, porque las políticas públicas solo han estado orientadas a aliviar la pobreza, en desmedro del desarrollo sostenible del Perú. No se debe de perder de vista que un país, y una sociedad, necesitan una fuerte interacción entre gobernabilidad y democracia para crecer (Sagasti, Iguíñez y Schuldt, 1999). Por ello, la urgencia de construir un Estado fuerte que desarrolle

¹⁸ “... , la mayor parte de los problemas y desafíos serios que enfrenta hoy el desarrollo —por ejemplo, limitar el deterioro del medio ambiente, mantener la estabilidad económica, reducir la pobreza y prevenir conflictos letales— no tiene ya soluciones puramente locales o nacionales. El mejoramiento de los niveles de vida y la creación de oportunidades para todos depende en grado cada vez mayor de los intercambios de bienes, servicios, conocimientos e información que cruzan fronteras nacionales. Esto hace necesario prestar mejor atención al papel crítico que juegan las instituciones regionales e internacionales en el proceso de desarrollo. Desde el fin de la Guerra Fría hemos tomado conciencia de que durante la mayor parte del último medio siglo la cultura, la religión y las lealtades étnicas fueron prácticamente dejadas de lado en el pensamiento y la práctica del desarrollo. Sin embargo, más allá de las necesidades básicas de supervivencia, la mayor parte de la humanidad se guía por motivos éticos y espirituales” (Sagasti, Iguiníz y Scchuldt, 1999, p. 44).

políticas públicas, en especial educación y salud, con miras a fortalecer el sistema democrático para la inclusión social. Lamentablemente, en nuestro país no se tienen políticas públicas que pongan el énfasis en el desarrollo humano. No se debería obviar que, en estado de derecho democrático, el papel del Gobierno consiste en establecer políticas públicas que beneficien a las mayorías y a las minorías, sin descuidar el goce pleno de sus derechos sociales, económicos y culturales.¹⁹

¹⁹ “La democracia no es solo un método de elegir gobernantes, es una manera de gobernar o una forma de Gobierno en la cual el poder nunca se concentra en una sola mano y la participación ciudadana es un elemento central. A ella se llega, evidentemente, a través de los partidos políticos, pero también — conforme avanza el tiempo y gracias a los cambios tecnológicos— se llega directamente a través de una serie de medios que permitan al ciudadano cuestionar, reclamar, proponer actos y políticas de gobierno y en algún momento decidirlos. Cuando hablamos del régimen democrático, la participación ciudadana se convierte en exigencia, no es una dádiva del gobernante. Es condición de legitimidad y a su vez es condición de gobernabilidad, porque los seres humanos no nos dejamos manejar como si fuéramos cosas o seres no pensantes. Necesitamos estar convencidos para patear juntos en una misma dirección y no se puede meter gol si no se hace ese esfuerzo” (Pease, 2009, p. 23).

CAPÍTULO IV

PERÚ: LA FAMILIA DE LOS SECTORES POPULARES Y SUS PROBLEMAS

4.1. La familia, a pesar de sus problemas²⁰

La familia puede ser definida de diversas maneras dependiendo del enfoque y el contexto en el que se le analice. Siendo un primer espacio de socialización para los niños y adolescentes, donde se tejen los vínculos²¹ y/o lazos sociales y afectivos, esto les debería generar bienestar emocional y material en sus vidas. Según los economistas, la familia es la unidad primaria de producción económica, y el principal agente de socialización y transmisión de valores.²² Por su parte, el Estado considera a la familia como una institución mediadora entre las iniciativas de promoción de la equidad y la integración entre sus miembros a las redes sociales y comunitarias de la sociedad. En suma, la familia es la forma socialmente más extendida de organización social primaria, donde se produce el matrimonio, la reproducción biológica, se establecen los lazos afectivos y sociales elementales definitivos o limitados en el tiempo. Y es el primer núcleo social en el que se va a desarrollar el individuo al nacer (Pérez, 2014).

Sin embargo, es preciso señalar que en el Perú somos herederos de la familia occidental, donde la autoridad patriarcal condicionó las relaciones entre el varón y la mujer mediante el matrimonio, como un contrato y/o normativa social, basados en una elección personal sentimental (Jelin, 2004). De esta manera, a partir del matrimonio como normativa social, el varón y/o esposo se convierte en el proveedor de los recursos económicos para la manutención del hogar, y la mujer y/o esposa desempeña el rol de ama de casa, dedicada exclusivamente a la maternidad, a los quehaceres del hogar, y a

²⁰ El nombre lo he tomado de un excelente libro de Eva Giberti, *La familia, a pesar de todo* (2005).

²¹ “Más allá de las posibles definiciones de la palabra vínculo, la concepción psicológica de ésta reclama el reconocimiento de las significaciones de los otros —o del otro— con quien establecemos la vinculación; o sea, las significaciones que crean otros respecto de nosotros como interlocutores. Esta dinámica que se establece vincularmente introduce un proceso de comprensión entre ambas partes: las conductas de las otras personas, sus palabras y sus discursos no necesariamente significarán para nosotros lo mismo que para quien las emita. Y viceversa. Mecánica que incluye la necesidad de ser entendido por la otra persona de acuerdo con lo que exactamente pretendemos transmitir y que. Como se evidencia cotidianamente, suscita malos entendidos, encontronazos y diferencias sustantivas entre quienes han constituido un vínculo” (Giberti, 2005, pp. 93-94).

²² “La familia es el sistema social más importante en la socialización del ser humano. En este proceso las figuras del padre, la madre (o sus sustitutos) aportan los elementos protectores y normativos en el proceso de socialización. En el niño, a su turno se observa una tensión entre su necesidad de concebirse como un ser autónomo y diferente del resto (necesidad de individuación) y la de vivenciarse como parte de un todo mayor (necesidad de pertenencia)” (Cussianovich, Alfageme, Arenas, Castro Oviedo 2001, p. 38).

la crianza y educación de los hijos. La familia tradicional patriarcal se desarrolló durante la era preindustrial, en Europa. Los miembros de las sociedades agrarias trabajaban para explotar los recursos de la tierra, alimentar y proteger a los suyos. Los lazos de afinidad y los de afiliación o de sangre configuran el entramado de relaciones que define el grupo básico familiar, las formas de estructurarse varían en función de culturas y sociedades. Cabe destacar que el trabajo se daba en el ámbito privado, considerando dentro de estas las actividades domésticas o propias del hogar, lo que implicaba autosuficiencia económica.

Este modelo de familia patriarcal actualmente está en crisis, debido a los cambios sociales, económicos, políticos y culturales producidos como resultado de la modernidad líquida (Bauman, 2005). En la sociedad peruana, a principios del siglo XXI, la estructura familiar está basada por las relaciones que se establecen entre sus miembros, y que está definida por la división del trabajo, de acuerdo con el sexo y el ejercicio de autoridad. La división del trabajo se caracteriza por la inserción de la pareja en la generación de la economía, para solventar los gastos del hogar. En esta perspectiva, también se considera como trabajo las tareas domésticas y los cuidados brindados a los miembros de la familia que realiza la mujer. En el caso de los varones, el trabajo lo ejercen en el ámbito público y/o privado, y las decisiones son tomadas por este. En cambio, si la mujer desea trabajar, la decisión se toma por consenso. Por otra parte, es preciso señalar que las decisiones económicas respecto al presupuesto familiar del hogar, en términos generales, la toma la mujer, así como el cuidado, crianza y educación de los hijos (Cruz, 2013).

Actualmente, hay en curso una transición de la familia tradicional a otra llamada “moderna”. Sin embargo, la sociedad peruana que ingresa al siglo XXI no es menos “moderna” a la que ingresó en el siglo XX. Durante esta transición, han jugado un importante papel la aparición de la propiedad privada, la explotación de los recursos naturales para la supervivencia, la centralización social, política y económica de la ciudad de Lima. De hecho, desde mediados del siglo XX, a partir de un proceso de modernización e industrialización más acelerado, se dio lugar a una gigantesca migración de la población campesina hacia las ciudades, sobre todo desde los Andes (sierra), principalmente hacia la capital. Las migraciones transformaron el rostro del Perú: lo andinizaron y “cholificaron”, fenómeno social que se produce ante la crisis del Estado y el desborde popular (Matos Mar, 1984).

Antes las ciudades eran pequeños reductos de los criollos y afroperuanos, en medio del mar rural indígena. Posteriormente, las ciudades también se volvieron andinas y fueron el espacio social donde empezó a tornarse dominante el mestizo. Por otra parte, es necesario recalcar que desde las décadas de 1950-1960 se fue haciendo dominante una visión desarrollista: el Estado, para producir cambios, debía homogenizar al país mediante el crecimiento económico, a fin de superar las extremas desigualdades y pobreza que han envuelto a millones de peruanos de la costa, los Andes y la Amazonía. Pero si bien es cierto que se produjeron las migraciones internas como una oportunidad para la democratización y el desarrollo del país, esto no sucedió hasta la fecha (Zapata, 2016).

En conclusión, las familias de la época posindustrial y los procesos migratorios internos del campo a la ciudad, aunque se incorporaron al mundo laboral, lo hicieron precaria e informalmente, como es el caso de la mujer. Sin embargo, las mujeres jugaron un papel importante en la lucha por la igualdad de sexos, con énfasis en el enfoque de género, y desarrollaron una serie de actividades sociales de sobrevivencia, ante el fracaso del modelo de desarrollo de industria por sustitución de importaciones, seguido de un ajuste económico estructural y la terapia de *shock* en su versión neoliberal, la que ha hizo más pobres a los pobres, y más ricos a los ricos, porque esta es la lógica del sistema capitalista, que solo está interesado en la búsqueda de una maximización de utilidades, demandando para ello, una mayor productividad de los trabajadores, sin importar la condición humana, en especial de las mujeres que trabajan en actividades informales, careciendo de protección alguna por parte del Estado (Cruz, 2013)

4.2. La familia y su transformación desde mediados del siglo XX

Debemos recordar que durante el desarrollo industrial en América Latina, cuando el capitalismo se extendía en el Perú y la región, después de la Segunda Guerra Mundial, a mediados del siglo XX, un período de cambio se iba iniciando. Así, millones de mujeres pudieron dejar el trabajo únicamente doméstico y ser partícipes del mundo laboral. Desde jóvenes solteras, casadas y hasta madres transformaron no solo la organización doméstica y la estructura del mercado laboral, sino también la percepción sobre los roles en la familia. Aunque este fue un camino en constante disputa y ciertamente vedado, ganaron un terreno inicial.

En las décadas de 1980-1990, las mujeres urbanas se concentraron en las actividades laborales de servicios y comercio, aunque en ellas se les confinaba a actividades “típicamente femeninas”, es decir, aquellas definidas socialmente como extensión de las propias labores domésticas: para las mujeres de los sectores populares, los servicios domésticos en otras casas, con la limpieza y lavado/planchado de ropa, costura, cuidado de niños, ancianos y enfermos; para las mujeres más educadas de los estratos sociales (clase media), actividades como educación, secretariado, enfermería, (tareas de cuidado y atención personalizada de terceros). Por otra parte, ante situaciones de dificultad económica (muchas veces ocasionadas por el desempleo del “jefe del hogar”), la mujer tiene que trabajar, pero también hay mujeres casadas de la clase media que no trabajan, pero pueden ofrecer una extensión de sus labores domésticas para el mercado; por ejemplo, ofreciendo tips o labores de belleza, artesanías, comidas especializadas, etc. (Jelin, 2004).

En los últimos años, y sobre todo desde inicios del siglo XXI, luego del ajuste económico de la década de 1980 y la expansión de las políticas neoliberales, el Estado gira hacia políticas focalizadas y la transferencia de ingresos. Así, fue replegándose en sus funciones de protección a la familia, la reactivación del empleo y la expansión de los derechos sociales, económicos y culturales, en un escenario donde el *boom* de las actividades extractivas —que, dicho sea de paso, ha llegado a su fin— dieron lugar como en otros países a numerosos conflictos sociales y mesas de negociación, ante la precarización del trabajo digno y salarios justos (Durand, 2015).

En la actualidad, el Perú es un país desindustrializado y dedicado solamente a las actividades extractivas, y de servicios, que no ofrecen empleos, especialmente a las mujeres de los estratos sociales, C, D y E, empujándolas a la informalidad, hecho que ha dado lugar a la creciente brecha social entre ricos y pobres, que una vez más se ha vuelto una problemática social. Quiérase o no, hoy en día afecta la vida de niños y adolescentes, y en el caso de estas últimas, mediante el embarazo temprano, reproduciendo el círculo perverso intergeneracional de la desigualdad, pobreza y exclusión.

4.3. ¿Qué está sucediendo con la familia popular en Lima Metropolitana?

Aunque en los últimos 29 años, después de la aprobación de la CDN, existe un consenso sobre la importancia familiar para garantizar el desarrollo y el crecimiento del niño y

adolescente, en la vida cotidiana esto no sucede. Cada día, las condiciones económicas y materiales en que sobreviven las familias, especialmente las de sectores populares, de donde provienen las adolescentes con embarazos no deseados, son más dificultosos y allí “no les puede ofrecer un ambiente de felicidad, amor y comprensión” (CDN, 1989).

En efecto, como sostiene Enrique Jaramillo (2015), actualmente Lima Metropolitana es un espacio que posee zonas “marginadas”, generalmente ubicadas en las llamadas zonas periféricas de la ciudad, antiguamente conocidas como “barriadas”. Estos espacios contienen bolsones donde la miseria, la pobreza y la desigualdad afloran, envolviendo a las familias y condiciona su funcionalidad, en un ámbito desestructurado, con abandono del hogar o negligencia en el cuidado. Así, no se les ofrecen a los niños²³ un espacio de seguridad, cariño y comprensión, menos de oportunidades, en espacios donde predomina la violencia familiar, lo que sumado va a crear una cadena de infelicidad intergeneracional.

Ahora bien, la situación actual de los niños, niñas y adolescentes en el Perú y Lima Metropolitana, revelan una enorme brecha entre nuestra realidad y lo que la CDN expresa como un ámbito propicio para los niños y adolescentes. Así, la adopción de la Convención ha sido solo una cuestión estrictamente formal, reflejada en leyes que no se aplican ni en políticas efectivas donde se puedan hacer factibles los cambios. La marginación de niños y adolescentes, especialmente en sectores populares, sigue siendo una dura realidad que expresa el rostro inhumano de nuestra sociedad y su sistema económico, donde impera la exclusión de las familias, lo que genera un entorno de conflictos. En este escenario, se establecen las relaciones sexuales entre los adolescentes, o en otros casos se produce el acoso, o los actos de violación sexual.²⁴

De acuerdo con Carmen Pimentel Sevilla (1996), el problema de las familias pobres urbanas no se puede reducir a una cuestión de escasez de recursos que satisfagan sus necesidades básicas, sino son el resultado de la forma cómo hemos construido la sociedad, cuya génesis es el capitalismo histórico (Wallerstein, 2003). Así la pobreza, es el resultado de un proceso de relaciones inequitativas, entre los grupos y clases sociales, que se anidan en el conjunto de la sociedad. Las relaciones sociales forman parte de un

²³ Castillo Ríos (1969, p. 12) explica cómo el niño vive en un espacio “de permanente conflicto interno y con su medio, buscando su equilibrio”, con necesidades permanentes no solo físicas, sino también emocionales y afectivas.

²⁴ En una notable investigación, Jaramillo (2015, p. 147) describe la situación de los niños y sus familias en las periferias de Lima Metropolitana, donde “viven en medio de la anomia social, la violencia indirecta o estructural y simbólica, agravadas por las carencias materiales y afectivas; cada día más privados de espacios de escucha, afecto y ternura”.

patrón de organización del poder, donde los recursos económicos se distribuyen de manera desigual. Las familias reproducen estos patrones de poder, y comportamientos dominantes; y, más aún, el impacto de la crisis por la falta de empleo, salarios irrisorios, carencias materiales, hace que las relaciones entre los padres y los hijos se pongan tensas y conflictivas, brotando las pulsiones tanáticas, agresivas, violentas y muchas veces autodestructivas.

4.4. La familia en Lima Metropolitana y el “síndrome de la pobreza”

La pobreza no es obra del designio divino, ni mucho menos resultado del destino y la mala suerte. Es el resultado de nuestra desastrosa organización social, económica y política, en donde conviven la miseria y el interés lucrativo de los más ricos. Así, la pobreza se convierte en un espacio abonado por la anomia, la desestructuración de la moral, en donde anidan las condiciones necesarias para que se desarrolle el mal (Salazar, 2003).

En efecto, la familia en Lima Metropolitana vive en medio del “síndrome de la pobreza”, angustiada, agobiada, estresada, desesperanzada y humillada, donde el *futuro es mañana*. Familias la mayoría de veces dedicadas a actividades informales del comercio ambulatorio, ante la falta de un trabajo y empleo digno con salarios justos que les permita alimentar, educar y ofrecer una mejor calidad de vida su numerosa descendencia.

Los problemas estructurales del país, como la pobreza, desigualdad y exclusión, siguen vigentes, lo que hace de la familia una institución endeble y con muchos problemas. Un espacio donde se anida la disgregación social, la sociedad se fragmenta y no puede garantizar seguridad para la vida y el desarrollo de niños y adolescentes en las familias de los sectores más necesitados (Barnechea, 2001). Las familias en Lima Metropolitana están constituidas por una numerosa tasa demográfica, con 6 y 8 miembros, muchas veces con los padres ausentes. En otros casos, los padres son quienes aportan a la economía del hogar, para cubrir las necesidades básicas de sobrevivencia de la familia; pero tienen que dedicarse de 10 a 12 horas de trabajo diario de lunes a domingo, razón por la cual se encuentran alejados y descuidan la comunicación e interrelación con los hijos.

En este contexto, tanto el padre como la madre de familia se encuentran bajo presión y sometidos a sentimientos de impotencia, nerviosismo y agresividad, que lo

expresan en sus relaciones con los integrantes del entorno familiar. De este modo, el clima del hogar se mantiene bajo tensión, muchas de las veces por las carencias económicas. Así, la relación de pareja se ve afectada, al sentirse el hombre frustrado e incomprendido, hecho que repercute negativamente en los hijos, quienes perciben este escenario de discusión y confrontación casi cotidiana. Este entorno familiar, lleno de problemas, quiérase o no condiciona a los niños y adolescentes a ser personas inseguras, con baja autoestima, con el síndrome del miedo, trastornos en el sueño, somatizando enfermedades inexistentes. Estas situaciones no le permiten crecer y desarrollarse adecuadamente.

Por otra parte, la familia que vive en situación de pobreza, por más esfuerzos que haga, no puede alimentar adecuadamente a sus hijos, situación que afecta el estado nutricional de los niños y niñas. Las consecuencias son el subdesarrollo físico y psicológico, problemas del lenguaje, dificultad para el aprendizaje, conductas agresivas y autodestructivas, tanto en el hogar como en la escuela y, por ende, el surgimiento de una creciente marginalidad social, económica y alimentaria.²⁵

En este escenario, las mujeres se encargan de las labores domésticas, pero se encuentran supeditadas al dinero que debe proveer el marido, y si este no tiene trabajo, nuevamente aflorarán los conflictos familiares. En otros casos, las mujeres se ven obligadas a realizar otras actividades de sobrevivencia, fuera del hogar y para terceras personas, ofreciendo servicios como la venta de comida, lavado y planchado de ropa, limpieza del hogar, comercio ambulatorio, etc., con la finalidad de mejorar sus ingresos económicos, y aliviar de alguna manera las carencias materiales y la precariedad del trabajo que les impide ofrecer a sus hijos una mejor calidad de vida. La creatividad popular de las mujeres es extraordinaria para compensar estas carencias económicas: organizan las polladas, parrilladas, chicharronadas, chorizadas, etc., muy en boga actualmente.

²⁵ “La pobreza, consecuencia de la jerarquización y explotación del hombre por el hombre, también es un factor determinante en el consumo de los alimentos, la dicotomía pobreza —malnutrición, ha sido el común denominador en ciertos estratos sociales a través de todos los tiempos—. La masa trabajadora, cualesquiera que haya sido su condición: mitayos, encomendados, pongos, esclavos, campesinos u obreros, pese a la revolución industrial, no tuvo acceso a una remuneración adecuada ni a incrementos salariales sostenidos e irreversibles que le permita alcanzar una calidad de vida mínimamente apropiada, esta carencia tuvo como consecuencia una creciente marginalidad tanto social como alimentaria que finalmente la llevó a formar parte de una mayoría desnutrida no solo por no acceder a los alimentos básicos, sino por deficiencias y desbalance calórico-proteico en su dieta. Este último estado de desnutrición, es en la actualidad, una constante entre los pobladores del cinturón de pobreza y de los centros de miseria que circundan la capital” (Franco, 1999, p. 172).

4.4.1. Los estilos de vida cotidiana y las responsabilidades de la familia

La dinámica de la modernidad líquida (Bauman, 2005) ha hecho que en nuestro país surja procesos contradictorios de desarrollo y movilización social, de desigualdad, pobreza y exclusión, que repercute en los estilos de vida y las responsabilidades de la familia, en una sociedad atravesada por la vida de consumo (Bauman, 2007). Actualmente, en el Perú, apenas un minúsculo grupo se mantiene en la cima de la sociedad, representada por apenas un 5% de la población. Su contra parte se encuentra en la base, donde los más afectados por la marginación social son casi la mitad de la población.

Ante el escenario antes descrito, las madres de familia que se encuentran en la base del sistema, afectadas por la marginación social y económica, no desean el mismo destino para sus hijos e hijas, por lo que en la medida de sus posibilidades los estimulan y apoyan a estudiar y seguir una carrera técnica o profesional, para no repetir el círculo perverso e intergeneracional de desigualdad, pobreza y exclusión, y proceden de esta manera como respuesta frente al deterioro en los estilos de vida y las nuevas responsabilidades de la familia, donde: “Los más desposeídos, los más carenciados, son quienes han perdido la lucha simbólica por ser reconocidos, por ser aceptados como parte de una entidad social reconocible, en una palabra, como parte de la humanidad (Bourdieu, en Bauman, 2007, p. 11).

No obstante, los esfuerzos que realizan las familias peruanas, como parte de sus responsabilidades ante el presente y futuro de sus hijos, sin embargo, carecen de las estrategias adecuadas para el manejo de los conflictos y los desórdenes de conducta de sus hijos adolescentes. No saben poner disciplina; y ni mucho menos tienen la capacidad para enseñar normas de conducta, virtudes, valores,²⁶ responsabilidades, ideas positivas, honradez, laboriosidad, honestidad, mediante la comunicación cálida, afectiva y amorosa entre los miembros de la familia. Lamentablemente, hoy en día las responsabilidades de las familias están muy venidas a menos, ya que no pueden ofrecer a sus hijos e hijas espacios de escucha, amor, afecto y ternura para transmitir confianza,

²⁶ “[...] cuando decimos *formación en valores* y nos hablan de ser honestos, de ser amables, de ser solidarios, de ser cooperantes; es decir, nos explican por qué eso es valor y para qué sirve. El riesgo es que nos quedemos en el discurso: ser buen ciudadano, ser responsable y nos llenamos del *deber ser*, aunque en lo cotidiano no lo seamos o no nos reconozcan como tales. Y es que no todo valor deviene una virtud en el quehacer de cada día. El valor es un concepto; la virtud es una praxis social, un modo de vida (Bazán, 2009) y de vivir la vida” (Cussianovich, 2018).

seguridad, y de esta manera estrechar los lazos y/o vínculos sociales y afectivos entre sus miembros para una vida más autónoma.²⁷

La responsabilidad de la familia, es establecer puentes de comunicación con los niños y adolescentes, puentes hoy en día están resquebrajados. No existe una fluida comunicación entre padres e hijos, suscitando esta situación rabia contenida, deseos agresivos y una profunda sensación de abandono, desamparo y olvido. Por ejemplo, en el caso de los adolescentes y jóvenes, los temas referidos a la sexualidad no son conversados, por considerarse un tema tabú, y muchas de las veces como una ofensa o falta de respeto. En una familia debidamente constituida, la relación de pareja debe ser ejemplar para ofrecer a los hijos e hijas apoyo mutuo, amor y comprensión.

Ahora bien, la situación social y económica de las familias, sobre todo en aquellas que viven en situación de pobreza, el trato cruel contra los niños y adolescentes se hace cada día más visible, agravados por comportamientos, estilos de vida y formas de crianza, mediante los castigos físicos y humillantes, poniendo en tensión permanente las relaciones familiares, muchas veces debido a la falta de una adecuada alimentación o carencia de servicios básicos, como el agua potable, desagüe, electricidad, que condicionan y limitan no solo la salud física y biológica, sino también la salud mental de niños y adolescentes (Pimentel, 1996).

Los problemas sociales y económicos en las familias pobres les impiden satisfacer las necesidades básicas de niños y adolescentes, generando muchos problemas en su vida y existencia social; y que muchas veces no reciben un buen trato en la familia.²⁸ Estos problemas familiares y el mal trato son la causa de trastornos

²⁷ “En cuanto a la afectividad, trata de la necesidad que tenemos los humanos de establecer ‘vínculos’ con otras personas que nos ayuden a la supervivencia y nos proporcionen estabilidad emocional (relaciones primarias desde el nacimiento, necesidad de contacto, manifestación de los sentimientos de parte de los adultos hacia nosotros). [...] Un buen vínculo afectivo a lo largo del crecimiento facilita el sentido de autonomía, el reconocimiento de las emociones y sentimientos de los demás y la manifestación de los propios, la autoestima y la relación con los demás, tanto social como sexual. Sentirse bien con uno mismo y aceptarse favorece la relación con los otros para intercambiar experiencias, aprender, amar y hacerse amar, dar y recibir, respetar y hacerse respetar, etc. En este sentido, se puede entender que las ‘separaciones’ y las ‘pérdidas’ (divorcios, ruptura de pareja, muerte de algún familiar o amigo, inmigración, etc.) producen sufrimiento y pueden tener efectos inesperados en cuanto a las conductas y a las situaciones de riesgo” (Ros I Rahola, 2012, pp. 144-145).

²⁸ “La pobreza ha sido sistemáticamente relacionada con formas de violencia intrafamiliar, en particular, ligada, incluso, a los bajos niveles de escolaridad de los padres y del llamado analfabetismo, siendo que nadie es analfabeto absoluto y todos somos analfabetos relativos. El buen trato es, además una real y sentida necesidad, un derecho. En el imaginario colectivo suele predominar la percepción de que es el mundo de los sectores empobrecidos, marginales, expulsados de los beneficios de los que gozan minorías acomodadas y siempre dispuestos a acomodar las cosas para no perder estatus, que suele predominar la imagen que la violentación a los niños y niñas es parte de la situación de pobreza, herencia de los pauperizados mirados como poco civilizados. Y en eso va cómo se alimenta una cultura de la peligrosidad, de la amenaza y de la defensa social. No obstante, los estudios demuestran que la violencia,

psicoafectivos y conductas marginales. El año 2014, el Instituto de Salud Mental Hideyo Noguchi-Honorio Delgado hizo un estudio del estado de la salud mental de niños y adolescentes, y descubrió que, en el Perú, 334 de ellos se suicidaron. También se arrojaron como datos que 1 839 161 mayores de 12 años sufren de trastornos depresivos, 241 987 mayores de 12 años tienen algún trastorno psicótico, 943 379 son dependientes del alcohol, y que 8 de cada 10 pacientes no reciben tratamiento de salud mental, a pesar de necesitarlo.

4.5. Los problemas de los niños y adolescentes en el Perú y Lima Metropolitana

Hoy más que nunca tenemos que reconocer que niños y adolescentes del Perú y Lima Metropolitana son *seres humanos con dignidad*, y como tal, *sujetos de derechos desde su nacimiento*, y no solo deben ser considerados como un objeto de protección y de medidas especiales de asistencia. La CDN reconoce a los niños y adolescentes sus derechos humanos, siendo estos universales, indivisibles, integrales, interdependientes, inalienables e irrenunciables (Liebel, 2009). Sin embargo, la situación por la que viven revela abismales brechas entre lo deseable expresado en el Convenio (instrumento más aceptado a nivel mundial, y ratificado por 191 países) y lo factible en la realidad.

Lamentablemente, el formalismo que ha caracterizado la difusión de la CDN no ha contribuido al análisis de estas distancias y abismales brechas, ni mucho menos a la elaboración de estrategias para acortarlas, ya que generalmente solo se valorara y da importancia a las leyes o textos como instrumentos de cambio social, pero fuera del contexto (Bourdieu, 2002). De esta manera, se disocia efectivamente el discurso de los derechos del niño de una realidad injusta, que afecta de manera negativa la vida de la niñez y adolescencia (Pilotti, 2001).

Lima Metropolitana, centro del poder político y económico del país, quizás sea el más claro ejemplo de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la niñez y adolescencia. Allí, no obstante los abundantes programas de políticas sociales, muy poco se ha avanzado en disminuir la desigualdad y pobreza, a pesar de la creación de entidades como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) para brindar la

el trato con frecuencia cruel contra los niños y niñas, es un fenómeno que no conoce barreras sociales ni étnico-culturales. Así lo demuestra un informe de Naciones Unidas, de gran trascendencia, como el estudio amplio y sólidamente fundado en sus conclusiones y recomendaciones que elaborara Peulo Sergio Pinheiro sobre la violencia contra los niños y niñas. El cual ha desencadenado una real preocupación, no solo a nivel de instancias oficiales internacionales, regionales y nacionales, sino a nivel de las propias organizaciones de NNA en países de nuestra Abya Yala” (Cussianovich, 2018, p. 51).

prestación de protección social de manera prioritaria. Al respecto, nos preguntamos: ¿De qué valen los indicadores del desarrollo con cifras macroeconómicas —crecimiento del PBI, e ingreso per cápita—, si resultan insuficientes para ofrecer a la niñez y adolescencia una mejor calidad de vida, y las oportunidades para el desarrollo de sus capacidades y habilidades? ¿De qué nos sirve el crecimiento del PBI y el ingreso per cápita, si el Estado con las políticas públicas no está en la capacidad de disminuir la anemia y la desnutrición crónica?

No deberíamos perder de vista que una buena nutrición para el niño/niña, desde que nace y cuando crece, le permitirá construir bien sus capacidades humanas, es decir, generar su capacidad de comprensión, autonomía, afecto, relacionarse con los otros, etc. La educación y la salud constituyen factores fundamentales para la formación de las capacidades humanas. Una mejor educación y salud amplían las opciones para que los niños y adolescentes tengan las oportunidades para gozar de una mejor calidad de vida. Nuevamente nos preguntamos: ¿cómo mejorar la educación, el sistema de salud, la nutrición, la seguridad ciudadana, el transporte, los espacios públicos y el entorno social en el que se desenvuelven la niñez y adolescencia?

Las políticas sociales, deberían redefinir sus objetivos, buscando el bien común para la niñez y adolescencia; ello implica que el Estado debe dotarlos con recursos financieros y tecnológicos, lo suficientemente requeridos. Al respecto, Katzman (1990) tiene una propuesta sobre “metas blandas” y “metas duras” en políticas sociales. Así, dentro de las metas blandas tendríamos aquellos programas que buscan reducir la mortalidad infantil, ante lo cual resulta eficiente utilizar tecnología simple, de “bajo costo”, pero con un alto impacto, en donde se privilegia los métodos de prevención de las enfermedades más frecuentes, utilizando vacunas y rehidratación oral en los casos de niños con diarrea. En cambio, la meta dura sería mejorar el estado nutricional del niño y la familia, elevar el nivel socio-cultural, garantizar un ingreso económico adecuado. Esto quiere decir que se apunta a políticas más amplias, donde se provee de servicios básicos, y se apunta a una mayor inclusión y cierre de la desigualdad social.

Por otra parte, cabe resaltar lo que dice Teresa Carpio (2010), de Save The Children: el Perú cuenta con un marco jurídico, el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, “con planes presupuestales estratégicos que deberían incidir en una mejor educación, nutrición, salud y protección”. Desde la vigencia de este plan han transcurrido más de ocho años, sin embargo, tendríamos que preguntarnos: ¿cuánto se ha avanzado en brindar a la niñez y adolescencia, una mejor calidad de vida y

oportunidades para desarrollar sus habilidades y capacidades? Según el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA), América Latina es una de las regiones más desiguales del mundo, y nuestro país no escapa de tal situación.

Lo antes indicado, pone en evidencia con algunas estadísticas sobre el Perú, en el 2007. Así, se obtenía que el 60% de los niños eran pobres, situación más agravante cuando se comparaba con el total de pobreza en el país (33.3% de la población), y peor aún con las regiones más desamparadas, como Ayacucho (65%), Apurímac (69%) y Huancavelica (82%), en donde el porcentaje de los niños es mayor. Si bien los datos arrojan una disminución, por ejemplo, en la desnutrición crónica, se tienen cifras donde la población supera más de la mitad con este mal, comparables a los países más empobrecidos del mundo, como Burundi y Afganistán.²⁹

El sector que menos avances muestra es la educación: son muchos niños y niñas que llegan al segundo grado de primaria sin saber leer ni escribir³⁰. Las escuelas rurales son de difícil acceso para ellos: deben caminar largas horas para llegar a la escuela. La cobertura universal de la educación tampoco se ha logrado, habiendo cerca de un millón y medio de niños sin escuela. Además, son pocas las escuelas que cuentan con un programa de educación intercultural bilingüe, y con profesores bilingües.

Por otra parte, en el área urbana de Lima Metropolitana y ciudades intermedias, las denuncias de abusos, violencia,³¹ violencia sexual maltratos y castigos físicos y humillantes contra los niños y niñas son más evidentes y han sido difundidos permanentemente. Al respecto, se han identificado algunos problemas:

- A. No existe voluntad política para trabajar por la niñez, tomando en cuenta un enfoque de derechos y asignando los recursos necesarios para ello.

²⁹ En la actualidad, en el Perú la anemia infantil afecta al 43.6% de niños de 6 a 35 meses de edad. Casi 6 de cada 10 niños, entre los 6 y 12 meses, padecen de esta enfermedad. Hasta el 2021 se busca reducir la anemia de 43% al 19%. Fuente: *La República*, 4 de setiembre del 2017, p. 20.

³⁰ Según Diana Hincapiel, economista de la División de Educación del Banco Interamericano de Desarrollo, las brechas de habilidades entre niños y niñas de familias ricas y pobres son abismales. Las diferencias son de 40 puntos de habilidades socioemocionales y 50 puntos en habilidades cognitivas, lo que equivale en algunos casos a cerca de 2 años de escolaridad.

³¹ Según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales 2013-2015, en los considerandos referidos a los niños, niñas y adolescentes, entre 12 a 17 años de edad, estos manifiestan estar habituados a la violencia, que se expresan en lo siguiente: i) El 81.3% fue víctima de violencia familiar, ii) el 73.8% sufrió alguna forma de violencia física y psicológica, iii) el 44% considera que los padres tienen el derecho de castigarlos si se portan mal, iv) el 45% considera que el castigo físico y humillante es bueno si se utiliza correctamente, v) el 33% considera que si no se les castiga pueden volverse maliciosos y ociosos, vi) se reportaron 3 mil 123 casos de violencia sexual, el 47% de estos casos corresponde a adolescentes entre 12 y 17 años de edad, y vii) los principales problemas de la familia son numerosos embarazos en edad temprana, hogares incompletos (madres solas), incremento de la violencia intrafamiliar.

- B. No existe un ente rector que pueda articular los diferentes sectores en favor de la lucha por la niñez para trabajar de forma concertada en pos de los mismos resultados. En efecto, no se ha formado una instancia que movilice los planes estratégicos en favor de la niñez. Tampoco se ha capacitado al personal de aquellos sectores que deberían involucrarse en la planificación de la programación estratégica presupuestal, seguimiento, monitoreo y medición de resultados.
- C. No existe un movimiento social en la sociedad civil que trabaje de forma coordinada, articulada e integral en favor de los derechos del niño.
- D. Existencia de una cultura de no respeto de los compromisos asumidos por el Estado, y la poca transparencia en la actuación pública y permisividad frente a los actos de corrupción e impunidad, casi endémicos.

¿Cómo superar estas debilidades, a fin de ofrecer mejores oportunidades para el desarrollo de las habilidades y capacidades, así como una mejor calidad de vida para los niños y adolescentes? ¿Qué hacer para combatir la violencia,³² tanto familiar como intrafamiliar, e incluso la violencia sexual contra la niñez y la adolescencia? Indudablemente, se necesita mayor protagonismo del Estado, que invierta en programas sociales, incremente la oferta de los servicios, a partir de mayores políticas y programas públicos en educación, nutrición, salud, vivienda, empleo y ciudadanía. Asimismo, el Estado debe capacitar a los profesionales para un mejor diseño y ejecución de los programas presupuestales, y estrategias de desarrollo sostenible (Carpio, 2010).

³² “La violencia es un fenómeno multidimensional que se manifiesta en distintos ámbitos y tiene consecuencias negativas en la vida de las personas desde distintas perspectivas (Soto y Trucco, 2015). En América Latina y el Caribe son muchas las formas de violencia que pautan la vida cotidiana y condicionan fuertemente el contexto de aplicación de la CDN y las posibilidades de su cumplimiento. Es especialmente preocupante que la región se destaque a nivel internacional por sus altos niveles de criminalidad y violencia: las cifras indican que, aunque alberga apenas al 8% de la población mundial, en la región se concentra casi el 40% de los homicidios en el mundo (Chioda, 2016). Varios de los países más violentos del mundo están en América Latina y el Caribe y, por ejemplo, cada día un promedio de 67 adolescentes (10 a 19 años) son víctimas de homicidios. Por otra parte, la violencia y la inseguridad han pasado a ser una de las principales preocupaciones de la población latinoamericana y caribeña (Chioda, 2016). Más allá del escenario de violencia directa que refleja estas tendencias, es importante tener en cuenta que la región también presenta una violencia estructural caracterizada por la existencia y el desarrollo de mecanismos de inclusión o exclusión de ciertos grupos, que a su vez discrimina a otros, y una violencia simbólica que legitima lo anterior (Trucco y Inostroza, 2017)”. CEPAL-UNICEF (2018). *América Latina y el Caribe a 30 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, p. 25. Santiago de Chile: CEPAL-UNICEF.

4.6. Los embarazos no deseados en las adolescentes: ¿un problema de salud pública?

En estos últimos 29 años el Perú ha experimentado profundas transformaciones que condicionan la aplicación e implementación de la CDN, especialmente referida a la prevención oportuna los embarazos adolescentes no deseados, que alcanza una tasa de 13.4% a nivel nacional (INEI) y 11.3% en Lima Metropolitana (ENDES). Esta situación afecta a las adolescentes entre los 15 y 19 años de edad y, quiérase o no, es un problema que está por resolver, con programas y políticas públicas de educación sexual preventiva promocional.

Si bien el desarrollo macroeconómico es importante como condición de soporte para un país sobre sus políticas públicas y respeto del derecho de niños y adolescentes, en el Perú esto no ha ido de la mano. El crecimiento sostenido desde principios de 1990 en adelante no se ha sostenido en una mejor de la situación de la niñez y adolescencia, con políticas claras y orientadas a tal fin. Como afirman Durant y Stiglitch (2015), períodos como el 2003-2013, conocidos como una “década de oro” para nuestra economía, en donde nuestro PBI creció a un ritmo de 6 y 7%, no han sido aprovechados. Así, males sociales como la persistencia de altas tasas de embarazos en las adolescentes demuestran las limitaciones de las políticas públicas gubernamentales.

Según el Fondo de las Naciones Unidas, la gestación durante la adolescencia cambia el presente y el futuro, tanto de la madre como del niño. La adolescente verá interrumpida su formación educativa, en algunos casos por deserción temporal y pérdida del año escolar, y en otros casos por el abandono definitivo del sistema educativo. De este modo se desvanecerán las oportunidades de trabajo, ya que mientras menor formación educativa tengan, los trabajos que realicen tendrán muy bajas remuneraciones, hecho que traerá como consecuencia más pobreza, dependencia y exclusión social (UNFPA, 2008). Por otra parte, el niño hijo de la adolescente tendrá muy pocas oportunidades para una mejor calidad de vida. En consecuencia, los embarazos adolescentes constituyen un problema de salud pública.³³

Un hecho que debería llamarnos la atención, y llevarnos a una profunda reflexión, es que en el Perú muchas adolescentes empiezan una vida de convivencia a

³³ Las tasas de natalidad en América Latina son altas: en Brasil 89/1000 mujeres se embarazaron, estas cifras se mantuvieron igual en los últimos 10 años; en Venezuela 91/1000 adolescentes entre los 12 y 14 años de edad inician su actividad sexual; México y Chile presentan las mayores tasas de natalidad; y el Perú se encuentra en séptimo lugar (UNFPA, 2014).

los 13 años de edad. La mayoría viven en condición de pobreza, por lo que terminan dejando su hogar en la espera de mejorar su situación. Pero en la realidad cotidiana esto no sucede: la mayoría de veces terminan en una situación similar o peor a la que tenían, privándose de oportunidades para ellas y sus hijos, sin tener una mejor calidad de vida.

Otra cuestión que debe llamarnos la atención es que las adolescentes que se embarazan³⁴ truncan las posibilidades completar sus estudios secundarios, o el empezar a prepararse para continuar su formación académica con una carrera técnica o profesional. Algunas tendrán que dedicarse a conseguir un oficio o trabajo complementario para mantener su familia desde muy jóvenes. Desde el punto de vista del desarrollo corporal tendrán cambios, aumento de la talla, peso, de masa muscular, grasa corporal y el desarrollo del aparato reproductor que le permitirá la procreación. Asimismo, pueden presentar inestabilidad emocional, sufriendo fuertes cambios de humor, pasando de la tristeza absoluta a la alegría. Estos y otros representan detalles muy importantes que deben observar los profesionales que se encuentran cerca de los adolescentes, quienes deben interesarse por atenderlos y formarlos para un cabal entendimiento de cómo viven su sexualidad y qué expectativas y pensamientos rodean sus comportamientos.

4.7. El contexto social, económico y político en el Perú: aumento de los embarazos en adolescentes

Entender el nuevo y ampliado concepto sobre la sexualidad que transmitió la Organización Mundial de la Salud (OMSA), el año 2006, es muy importante porque: “La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de su vida y engloba el sexo, la identidad de género y los roles, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas experimentan o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, sociales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

³⁴ Las características inherentes a esta etapa de la vida, hace del adolescente un ser vulnerable en la toma de decisiones dentro de las cuales está el inicio de la actividad sexual sin el debido cuidado, lo que le pone en riesgo ante gestaciones y embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual (Huanco, 2012).

Por tanto, en el Perú la sexualidad y, por ende, los embarazos adolescentes están influenciados, y son el resultado de la interacción de los factores biológicos, sociales, económicos, políticos, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Tenemos que entender que el Perú, tiene una población de 31 151 643 habitantes, de las cuales 207 800 son adolescentes entre 15 a 19 años de edad que son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente subió al 14.6% el año 2014, incrementándose en 1.6% respecto del año 2000, y a su vez creció en 1% el porcentaje de las que ya son madres, y de 0.6% de las que quedan embarazadas por primera vez. La maternidad adolescente a nivel mundial se ubica en promedio en 2.9%, representando 45 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad. En el Perú, la tasa es de 68 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 a 19 años de edad, cifra que varía según el área urbana (56) o rural (109). El 15% de mujeres adolescentes de 15 a 20 años de edad han experimentado maternidad, siendo estas cifras mayores en la región de la selva; por ejemplo, Loreto 30%, Ucayali 28%, San Martín 28%, Madre de Dios 27% y Amazonas 26%. La proporción de madres adolescentes provienen en 31.4% de un hogar compuesto, 19.6% de un hogar extendido monoparental y 14.9% de un hogar nuclear compuesto. Es mayor la proporción de adolescentes con pareja sexual, cuando no son hijas del jefe del núcleo familiar (INEI, 2015).

Este aumento casi exponencial de los embarazos adolescentes se da en un contexto de crecimiento del PBI. Si en el Perú de los últimos años, en el que todos los días los medios de comunicación y especialistas reportaban noticias económicas positivas, se decía que el país batía récords de crecimiento, nos preguntamos: ¿por qué el Estado no invirtió en programas agresivos de educación sexual para la prevención del embarazo adolescente?

Investigaciones recientes señalan que entre 15% y 33% de las y los que se iniciaron sexualmente no utilizó métodos anticonceptivos, doblándose la cifra en aquellos que nunca recibieron información sobre los métodos de anticoncepción y educación sexual (Arriga, 2010). La anticoncepción y educación sexual son insuficientes, inoportunas e irregulares durante la iniciación sexual de los y las adolescentes, lo que condiciona una alta exposición al riesgo de embarazo.

En la evaluación para cuantificar la estigmatización de la adolescente, se comprobó que los altos niveles de estigmatización, se asocian a un pobre auto concepto de la adolescente como madre (Mori-Quispe, 2015). La adolescente tratará de ocultar el advenimiento de su niño recurriendo a prácticas indebidas, utilizando fajas para limitar

la expansión del abdomen, sometiéndose a dietas rigurosas, para evitar aumentar de peso, exponiéndose al riesgo nutricional, tanto en ella, así como del feto, que lleva en su vientre (Cedillo, 2006).

Otra de las prácticas, muy comunes de adolescentes con embarazos no deseados, es que optan por someterse a maniobras abortivas, en consultorios clandestinos e informales, y con curanderos que pululan en la ciudad. Estas prácticas indudablemente han traído como consecuencia altos índices de mortalidad materna. Según los registros de ENDES (2012), el incremento en la mortalidad en los últimos 3 años ha sido el siguiente: 4.6% (2010), 7.9% (2011) y 9.5% (2012). De 428 muertes por prácticas abortivas, 41 defunciones han sido de adolescentes entre 12 a 17 años de edad.

Los altos índices de embarazos en adolescentes en el Perú constituyen un grave problema para el bienestar de la niñez y las mismas adolescentes. Además, es la más clara demostración de la ausencia de políticas sociales de educación sexual y prevención del embarazo por parte del Estado,³⁵ que no ha sabido proporcionar los recursos económicos y profesionales necesarios para educar sexualmente a los padres de familia, así como a los adolescentes, a fin de que mejoren sus capacidades parentales, y que a la misma vez faciliten a sus hijos modelos más sanos, tanto para la sexualidad, así como en las formas de crianza de sus futuros hijos, y de esta manera evitar el círculo perverso de la transmisión intergeneracional de la pobreza, marginalidad y violencia.

³⁵ “La Convención de los Derechos del Niño insta en su artículo 19° a los Estados parte adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño y a la niña contra toda forma de prejuicio o abuso físico o mental, descuido, trato negligente, incluido abuso sexual. Las violencias son entonces, una violación de los derechos humanos de la niñez. En los últimos años los Estados reconocen como problemas de salud pública fenómenos como la violencia familiar, maltrato infantil, violencia sexual, suicidio de adolescentes, tanto por la magnitud de su incidencia, como por los efectos y secuelas que produce en el corto y largo plazo en niños, niñas y adolescentes” (MIDES, 2002, p. 37).

CAPÍTULO V

HACIA POLÍTICAS SOCIALES PREVENTIVA PROMOCIONALES, EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

5.1. El Estado peruano y los tratados internacionales para la protección de la niñez y adolescencia

El Estado peruano, como parte integrante de la Organización de las Naciones Unidas-ONU, ha suscrito y firmado numerosos convenios internacionales de protección a la niñez y adolescencia —además de la CDN— como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Conferencia de la Mujer en Beijing, la Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo del Cairo, y muchos otros convenios y acuerdos bilaterales, todos con el objetivo de promover políticas públicas para lograr el bienestar de la niñez y adolescencia, con la finalidad de cerrar las brechas de pobreza, exclusión y desigualdad.

Estos problemas, en todas sus dimensiones, continúan siendo los retos y desafíos centrales, no solo en el Perú, sino también en América Latina. No obstante que en la región se hayan logrado importantes avances en la primera década y media del siglo XXI, desde el 2015 empezaron a haber retrocesos en lo que respecta a la pobreza, anemia, desnutrición infantil, y también en las altas tasas de embarazos adolescentes. Estos hechos son preocupantes y encierran señales de alerta, en un contexto donde la desaceleración económica va de la mano con el retroceso de los Estados en sus políticas de bienestar social, en entornos demográficos y de trabajo cada vez más precarizados (CEPAL, 2018).

En el escenario antes descrito, es imperativo y necesario que el Estado desarrolle y fortalezca las políticas públicas de protección social en favor de la infancia; y también en el ámbito del mercado del trabajo, para que los padres de familia puedan acceder a un trabajo digno y bien remunerado, que les permita alcanzar la inclusión social y el bienestar de sus hijos. Sin embargo, lograr estas metas requiere que se active las políticas de redistribución de ingresos. Esto implica la promoción del gasto social, la institucionalidad política y el fortalecimiento del sistema laboral; todo esto en búsqueda de ir acabando con la pobreza que afecta la vida de niños, adolescentes y madres adolescentes, así como toda persona envuelta en la vulnerabilidad producto de una

exclusión estructural permanente. Por tanto, el desarrollo económico solo tendrá valor en la medida que ofrezca las oportunidades que logren el desarrollo social y mejoren la calidad de vida de niños, adolescentes y sus familias.

5.2. Convención sobre los Derechos del Niño: 20 de noviembre de 1989

La adopción de la CDN por parte de las Naciones Unidas, en la fecha señalada, marca un hito sin precedentes. Por primera vez, los países se comprometieron explícitamente a “proteger, promover y garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes a desarrollarse y alcanzar su pleno potencial, así como a lograr el derecho a ser escuchados, organizarse y ser partícipes de la vida social”. La CDN se convierte en el primer tratado internacional vinculante donde se busca promover y cumplir los distintos derechos que tiene la niñez y adolescencia. A nivel mundial, es el tratado con mayor aceptación y reconocimiento. Constituye un cambio paradigmático en materia de los derechos del niño, porque los reconoce como “sujetos de derechos”. Así se deja atrás el viejo paradigma, que los considera como “objetos de protección”. Todos los Estados que han ratificado la CDN han cumplido con la obligación de adoptar los Códigos de los Niños y Adolescentes a los Planes Nacionales de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA). Por ello, la CDN ha sido considerada por algunos autores como una “revolución copernicana”, o como la “revolución francesa” que llega para la niñez y adolescencia con doscientos años de retraso (Jaramillo, 2015).

En 1990 el Perú ratifica la CDN.³⁶ A partir de ese momento han sido múltiples los esfuerzos del Estado peruano para adaptar la legislación nacional, con la promulgación del Código de los Niños y Adolescentes, Ley N.º 27337, y la elaboración del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, desde 1992 hasta el 2021. No obstante los esfuerzos del Estado peruano en la puesta en vigencia de la normativa en forma de leyes, la realidad en que sobrevive la niñez y la adolescencia son realmente preocupantes, porque perduran las altas tasas de anemia (43%), desnutrición crónica,

³⁶ “Otro factor fundamental fue la firma de convenios internacionales de protección a la infancia. El 4 de octubre de 1990 entró en vigencia la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Perú en ese mismo año; en 1993, en consonancia con estos principios como se mencionó anteriormente, se promulgó un nuevo código y en 1994 se estableció la Comisión Nacional por los Derechos de la Niñas, los Niños y los Adolescentes, presidida por el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano. Entre 1992 y 1995 se desarrolló el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia, seguido de una segunda fase 1996-2000 (Unicef, 2004, p. 22)” (Cosamalón, 2018, p. 358).

embarazos no deseados, niños en las calles, niños trabajadores, niñas explotadas sexualmente, pobreza y exclusiones tempranas.

Sin embargo, es muy importante recalcar lo que dice Emilio García Méndez (en Silva Balerio y Pedernera, 2005, p. 88), uno de los más conocidos difusores de la CDN en América Latina, quien sostiene que: "... cualquier adjetivo resulta pequeño comparado con el potencial transformador del tratado internacional sobre derechos humanos que más consenso jurídico y sobre todo social ha obtenido en toda la historia de la humanidad. Instrumento que, en lo inmediato lejos de disminuir paradójicamente ha aumentado la visibilidad de las violaciones a los derechos de la infancia. De igual forma que el termómetro pone en evidencia la fiebre y el satélite la quema de los bosques, la Convención ha aumentado notablemente la visibilidad de las violaciones a los derechos de la infancia".

5.3. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia (PNAIA): 1992-1995, 1996-2000, 2002-2010 y 2012-2021

Este plan surgió como parte de la suscripción del Perú a la CDN, atravesando por diferentes fases, y se sumó a las leyes y normas que buscan la protección de la infancia. Sin embargo, pasados los años, la realidad devela una imagen preocupante sobre la situación de los niños y adolescentes. Los sucesivos Gobiernos de Fujimori, Toledo, García, Humala y el actual de Vizcarra prometieron una decidida lucha contra la pobreza y se comprometieron a garantizar una mejor calidad de vida para la niñez y adolescencia, pero la realidad nos demuestra lo contrario: la anemia en un 43%, la desnutrición crónica de niños y niñas en un 23%, y los embarazos de las adolescentes 13.4% siguen casi intocadas.

Como muestra del incumplimiento de parte del Estado en el diseño de políticas públicas en favor de la niñez y adolescencia, se ha hecho muy poco por prevenir el embarazo precoz en adolescentes. Veamos el Programa de Prevención del Embarazo Precoz y las metas que se fijó.

- Reducir las tasas de fecundidad en adolescentes en un 30%.
- Reducir las tasas de mortalidad materna adolescente en un 55%, especialmente en zonas urbano marginales en las poblaciones andinas y amazónicas.

- Proveer al 70% de centros educativos con proyectos institucionales en donde se desarrollen contenidos de “equidad de género”, “educación sexual” y “prevención de comportamiento sexual de riesgo”.

Si hacemos una evaluación desapasionada, nos daremos con ingratas sorpresas, como la oposición de sectores religiosos conservadores. Es el caso de colectivo Con Mis Hijos No Te Metas, una clara muestra de la debilidad del Estado, incapaz de imponer políticas públicas preventivas promocionales para evitar el embarazo precoz en las adolescentes. Esto nos lleva a suscribir las palabras de Ganoza y Stiglich (2015), quienes afirman que: “El Estado peruano sigue siendo empírico, frágil y poco eficaz, para usar algunos de los adjetivos con los que el historiador Jorge Basadre lo calificó hace setenta y cinco años en su *Historia de la república del Perú*”.³⁷

5.4. Objetivos de Desarrollo del Milenio

En setiembre del 2000, 189 países y 147 jefes de Estado se dieron cita en Nueva York, en la Cumbre del Milenio, donde se enunciaron los principios y valores que debían regir en la guía general de la Declaración del Milenio. Se establecieron objetivos y metas a alcanzar en el 2015. Entre ellos, cabe mencionar los siguientes: erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación primaria para todos, promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, fomentar una asociación mundial para el desarrollo, entre otros.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en el 2006, agregó una nueva meta en el quinto objetivo: “garantizar el acceso universal a la salud reproductiva”, con miras hacia una década adelante. Al respecto, nos preguntamos: ¿se habrán cumplido estos objetivos?

5.5. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994

Entre el 5 de setiembre al 13 de setiembre de 1994, se llevó a cabo la V Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, reunión coordinada por las Naciones

³⁷ Jorge Basadre, uno de los más brillantes y ponderados historiadores del siglo XX, en 1939 hizo esta premonición.

Unidas en El Cairo (Egipto). Allí se aprobaría un nuevo programa de acción para los próximos 20 años.

En esta conferencia se tocaron temas como el status de la mujer, la igualdad de género, el mejoramiento del derecho de las niñas, la situación de los adolescentes. Todo esto como elementos necesarios que buscaran la mejora de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva. Los Estados participantes se comprometerían a aplicar algunos acuerdos, tomando en cuenta el derecho soberano de cada país. Pero durante el desarrollo de este evento se presentaron nudos críticos con respecto a los derechos sexuales, como la aceptación de la diversidad sexual (cuando se reconoce el “derecho de las personas a definir su propia identidad”) y el derecho al aborto y a la información sobre su prevención. Si bien los avances fueron considerables en el debate, no se pudo lograr un total consenso.

Cinco años después, las metas fijadas por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo siguieron vigentes, pero ciertas áreas requerían mayores esfuerzos. La mortalidad materna aún era alta, sobre todo en los países de Asia y África; la violencia sexual continuaba; las infecciones por VIH se incrementaban; el soporte económico era insuficiente; las mujeres que deseaban limitar el número de hijos o espaciarlos no utilizaban la anticoncepción; etc. El camino por avanzar aún sigue allí.

5.6. La Conferencia de la Mujer en Beijing: 1995

En la década de 1995, la salud reproductiva no era accesible para todas las personas del planeta. Esto se debía a factores insuficiente información sobre educación sexual, servicios de salud reproductiva insuficientes, escasos recursos humanos, carencia de material pedagógico referido al tema. Por esta razón, se realizó esta conferencia, en donde se estableció la Declaración y Plataforma de Acciones de Beijing, que pudo definir objetivos, estrategias y medidas para el progreso de las mujeres, así como para el logro de la igualdad de género, en doce esferas cruciales, referidas a la mujer, la niña y la salud. Dentro de los objetivos se considera necesario promover el derecho de las mujeres a recibir información y atención en los servicios de salud, y servicios conexos a bajo costo y de buena calidad. Asimismo, se busca un aumento de recursos para realizar un seguimiento a la salud de la mujer, así como eliminar las discriminaciones que sufren las niñas, lo que afecta particularmente su salud y nutrición.

Así, se busca brindar servicios descentralizados, acceso de las mujeres al sistema de seguridad social, en iguales condiciones que los hombres, priorizando “servicios de atención primaria” que sean de bajo costo y calidad, en donde se les brinden atención tanto en planificación familiar como salud reproductiva. Esta mirada hacia los servicios busca también la mejora en la capacitación de los trabajadores de salud y en la mejora de su sistema de información, en donde puedan estar orientados concretamente a la atención desde una preocupación en temas de género, priorizando la confidencialidad y privacidad de los usuarios.

No obstante, estos acuerdos y compromisos asumidos en la Conferencia de la Mujer en Beijing, el Estado peruano impulsó programas desde sus líneas, viéndose serios vacíos. Esto ocurrió a fines de la década de 1990, y parte de las políticas estuvieron orientadas al cuidado de la salud sexual y reproductiva. Un espacio que buscó concertación con la sociedad civil, a través del Programa de Planificación Familiar del MINSA, y que terminó con el lamentable salido del caso de “esterilizaciones forzadas” que el fujimorismo aplicó sistemática a poblaciones andinas y amazónicas, siendo las mujeres pobres las más afectadas.

5.7. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PNAIA: 2012-2021

Entre los objetivos que se plantea este plan, para la población comprendida entre los 12 a 17 años de edad, se considera la culminación de la educación secundaria, protección frente al denominado trabajo infantil, detener las altas tasas de embarazo y maternidad adolescente, erradicación del consumo de drogas, lucha contra el VIH/SIDA y otros factores de alto riesgo entre los adolescentes.

Las metas propuestas en el sector salud de este plan, en relación con la salud reproductiva, es la de disminuir en un 20% la tasa de maternidad adolescente. Para ello, se busca emplear estrategias preventivas promocionales como un acceso a los servicios de salud donde se oriente al adolescente sobre “prevención de conductas de riesgo y alentar estilos de vida saludables”. En materia educativa, y también de prevención, se busca incluir en los currículos escolares, tanto de nivel primario como secundario, orientación en educación sexual, salud sexual y reproductiva. Lo que se buscó es prevenir el embarazo no deseado y advertir los peligros de la gestión a una edad donde el desarrollo físico y mental no ha concluido.

Este plan busca prescribir la participación del MINSA en la capacitación al adolescente y el acceso a la información oportuna a los métodos anticonceptivos. Además, se busca que los profesores se capaciten, desde una perspectiva de enfoque de género, sobre temas de sexualidad y reconociendo la vigencia y los valores de los derechos humanos. Este conocimiento busca también hacerse extensivo hacia los padres y familia de los niños y adolescentes, para que puedan informarse, conocer y respetar los derechos que tienen sus hijos.

5.8. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes: 2012-2021

El Perú se ha suscrito a la mayoría de convenios internacionales referidos a la protección de la niñez y adolescencia. Debido a ello, se ha elaborado una serie de políticas y estrategias, como es el caso del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2012-2021. Una de sus metas ha sido reducir en un 20% la prevalencia del embarazo adolescente en nuestro país.

En marzo del 2007 se llevó a cabo una “reunión ordinaria” de ministras y ministros de Salud de la región andina, quienes resuelven “reconocer las consecuencias del embarazo adolescente como un problema de salud pública dentro de la subregión y declarar prioritarios los planes para su prevención y atención integral”. En el 2011, nuestro ministro de Salud afirmó un nuevo compromiso para el país, la suscripción de la Declaración de Medellín, referida a la “prevención del embarazo adolescente” en el área andina.

Por otra parte, a fin de cumplir los compromisos internacionales asumidos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001), la Conferencia sobre la Mujer en Beijing (1995) y la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), se elabora el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2012-2021. Para ello, se convoca una reunión multisectorial de diferentes ministerios del Estado, universidades nacionales y privadas, organismos de la sociedad civil y expertos técnicos en la materia y cooperación internacional para abordar las posibilidades de que este ambicioso plan pueda cumplirse.

El objetivo estratégico de este plan es reducir significativamente la prevalencia de embarazo en adolescentes. Se busca reducir la temprana actividad sexual y más bien aumentar el porcentaje de educación secundaria terminada entre los adolescentes. Para

ello, el currículo escolar apunta hacia una “educación sexual integral”, además de una capacitación sistemática por parte del MINEDU. Sumado a esto, se busca orientar a los adolescentes a utilizar métodos anticonceptivos, prevenir la violencia sexual y todo tipo de maltratos hacia las madres adolescentes, buscando que disminuyan los casos.

Las líneas estratégicas de este plan son “promover acciones orientadas a lograr el acceso a la educación básica, educación sexual integral desde la infancia, y el entorno familiar y comunitario, para favorecer el desarrollo integral del adolescente, aparte de priorizar espacios de recreación y buen uso del tiempo libre”. Además, busca facilitar el acceso a los servicios donde se les oriente en salud reproductiva y anticoncepción, a través de campañas de prevención y consejería permanentes. Sumado a esto, se busca el fortalecimiento de las redes de apoyo y protección en espacios comunitarios, en donde pueden participar los adolescentes. Se considera que las actividades sociales y una eficiente comunicación son necesarias para la orientación del embarazo adolescente y para alentarlos a vías alternas y un nuevo rumbo en sus vidas.

Indudablemente, hacer realidad las líneas estratégicas de este ambicioso plan nos compromete a profundizar un modelo de intervención social que tiene como fin el desarrollo integral de los adolescentes, libre de estereotipos sexistas y discriminación. Por tanto, el compromiso del Estado, la sociedad civil y el Gobierno es coadyuvar a construir una sociedad más justa, democrática y solidaria, donde las y los adolescentes sean los forjadores de su propio destino, lo que nos obliga trabajar sus proyectos de vida para el presente y el futuro.

5.9. Limitaciones de las políticas preventiva promocionales en salud sexual reproductiva

Teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es un problema de salud pública para el Perú, la existencia de planes y programas de salud sexual reproductiva hasta ahora no han tenido el éxito deseado. Las altas tasas de embarazos adolescentes (13.4%) persisten, lo que es una demostración de las serias limitaciones que han tenido las políticas preventivas. Esta es la paradoja de un país como el Perú, que crece económicamente, pero en materia de políticas sociales, como en este caso para prevenir el embarazo adolescente, tienen serias limitaciones, y en algunos casos están casi ausentes, debido a que las políticas públicas son débiles y desarticuladas, y que no toma

en cuenta en su diseño y ejecución a las y los adolescentes, a sus familias y la comunidad.

Ahora bien, es casi de sentido común entre los padres de familia, un numeroso sector de profesionales de la salud y educadores en el país no considerar la opinión de los adolescentes para el abordaje de la salud sexual reproductiva, porque lo consideran como un tema tabú. Además, muchas de las veces ignoran que la adolescencia es una etapa de la vida en la que aún no se ha perdido la curiosidad por el sexo, por lo diverso, por lo diferente a lo habitual, y por otras formas de vida. Y este es también un potencial que debemos estimular, en lugar de acallar, prohibir o reprimir. Ya no se trata solo de imaginar a la sexualidad como un tema tabú, sino abrir los ojos y descubrir la enorme variedad de métodos para prevenir los embarazos en las adolescentes.

Tenemos que entender que la salud sexual reproductiva tiene que ver con las capacidades que tiene una persona para desarrollar una vida sexual en donde se sienta con seguridad y satisfacción para “reproducirse con libertad” y poder decir cómo, cuándo y en qué momento lo hace. Aquí se habla de una “sexualidad responsable”, que toma como base la igualdad de género, una equidad y simetría en las relaciones de pareja, así como el respeto hacia la integridad de la persona. Se asume también las consecuencias y responsabilidades de las conductas sexuales que por mutuo acuerdo se han establecido (MINSA, 2004).

5.9.1. El rol pedagógico de los trabajadores de salud con la familia, la niñez y adolescencia para prevenir el embarazo adolescente no deseado

Los temas abordados en torno a la salud sexual y reproductiva y el embarazo adolescente, implican sumar esfuerzos y la participación protagónica de los profesionales de salud, del sector educativo, autoridades locales y sociedad civil en general. Además, trabajar con la familia, padres, niños, adolescentes y jóvenes, con un enfoque de prevención de conductas de riesgo sexual, debe constituir un compromiso que busque la protección de las víctimas de malas prácticas sexuales y el embarazo adolescente no deseado. Los trabajadores de salud que brindan atención en las áreas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, o en consultorios dirigidos a la población adolescente, tienen la delicada y difícil responsabilidad, de promover la salud sexual y reproductiva, desarrollando acciones pedagógicas orientadas a fomentar habilidades, estilos de vida saludables, actitudes responsables, y comportamientos

sexuales protegidos con el enfoque de derechos, respetando la intimidad de los/las adolescentes.

Los temas de sexualidad son difíciles de abordar entre personas que no se conocen, o son de diferente edad, como es el personal de salud y el adolescente, ya que requieren de confidencialidad, seguridad, respeto y confianza al tratarlos. Por tanto, el personal de salud deberá establecer una adecuada relación con él o la adolescente para que le pueda brindar información confiable, y después ofrecerle capacitación, adecuada y pertinente. ¿Cómo podrá lograr el personal de salud estos objetivos? Capacitándose y creando estrategias adecuadas para el abordaje integral de esta problemática, para lo cual deberá despojarse de prejuicios y estereotipos.

Es importante que el profesional de salud facilite conversaciones con los padres y demás miembros de la familia, o con los/las adolescentes, a fin de brindarles información con temas relacionadas sobre el sexo, su propio desarrollo sexual y afectivo. El profesional de la salud debe buscar aliados para obtener mejores resultados y lograr un efecto multiplicador. Debe identificar lugares donde se encuentran este grupo etario, como los colegios; para ello, se coordinará con los profesores, tutores, psicólogos, trabajadores sociales, y con las personas que tienen un trato directo y permanente con los adolescentes. Asimismo, se identificará a los adolescentes que tengan capacidad de liderazgo y ascendencia con sus pares, para ser formados como promotores de salud sexual y reproductiva.³⁸

Si bien es cierto, que hay algunos esfuerzos de parte del Estado para el abordaje de esta problemática, por ejemplo, al haber incluido en el currículo del Ministerio de Educación del 2008 la educación sexual integral, sin embargo, tales acciones no han estado exentas de polémicas. Un sector político conservador y grupos religiosos se oponen a que se eduque a los/las adolescentes en materia de sexualidad, por el infundado temor de que los maestros no se encuentran capacitados para tratar estos temas. Lo cierto es que este temor no se aleja de la realidad, pues un estudio realizado por el Instituto Guttmacher (Estados Unidos) y la Universidad Cayetano Heredia, en el 2017, sobre la política de educación sexual en el Perú, señaló solo se capacitaron a un

³⁸ El profesional de la salud debe buscar un consenso, a partir de la apertura al diálogo, sobre nuevas formas de definir los “problemas sexuales”, cuáles son sus orígenes y sus posibles cambios. Para ello deberá valerse de metodologías adecuadas como las conferencias, charlas, presentación de material audiovisual, capacitación para el uso de diferentes métodos anticonceptivos, entrega de trípticos y otros materiales referidos al tema. También se aprovechará el dictado de conferencias dirigidas a los padres de familia, con la finalidad de que se constituyan como formadores de la sexualidad y romper la visión del sexo como un tabú. Además, debe hablar e informar libremente sobre este tema, porque a mayor información, menos posibilidades de cometer errores.

8% de profesores peruanos para que enseñen “educación sexual integral”, y que la mitad de estos mismos no se sentían capacitados para hacerlo.

En esta investigación participaron 61 colegios estatales y privados del país. El 85% de adolescentes, refieren que aprendieron sexualidad en “internet y otros medios de comunicación, como la televisión”. Apenas una cuarta parte de adolescentes afirma haber recibido información de sus padres. Asimismo, el 59% de adolescentes que recibió educación sexual, manifiestan haber sido informados, solo de temas fisiológicos respecto de la salud reproductiva, y una gran mayoría manifiestan, no haber recibido educación sexual basado en valores, derechos reproductivos, respeto mutuo entre géneros, y habilidades interpersonales (Sausa, 2018).

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 20012-2021 reconoce las barreras y dificultades de acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual reproductiva. Así, el Estado incumple en garantizar los derechos sexuales y reproductivos, debido a condiciones estructurales del desarrollo,³⁹ la deficiencia de oferta de los servicios de salud, que no están acompañadas de acciones de información, educación, comunicación y promoción, y que muchas de las veces no son lo suficientemente adecuadas. Otra de las barreras está relacionada con el personal de salud, debido a que estos carecen de los conocimientos, habilidades, actitudes y hábitos para relacionarse con los/as adolescentes; y por otra parte, debido a la falta de recursos humanos, alta rotación del personal; además del contexto social y organizacional de la institución, que no ofrece servicios de calidad y calidez, y espacios de infraestructura adecuados que ofrezcan la debida privacidad, citas y horarios adecuados (PNAIA, 2002-2021).

5.9.2. El rol de los medios de comunicación en la prevención y promoción de la salud sexual reproductiva en los/as adolescentes

Las políticas sociales para la prevención y promoción de la salud sexual reproductiva deberían buscar la participación y aceptación de todo un grupo humano, como el

³⁹ “[...] cualquier definición adecuada del desarrollo debía incluir cinco dimensiones: a) un componente económico, que aborde la creación de riqueza y las mejores condiciones de vida y su distribución equitativa; b) un ingrediente social, medido como bienestar en salud, educación, vivienda y empleo; c) una dimensión política, que incluya valores como los derechos humanos, la libertad política, el derecho de voto y alguna forma de democracia; d) una dimensión cultural, en reconocimiento del hecho que las culturas confieren identidad y sentido de dignidad a las personas; y e) una quinta dimensión a la que denominaron el paradigma de la vida plena y que comprende los sistemas de significación, símbolos y creencias acerca del significado fundamental de la vida y la historia” (Goulet, 1996, p. 49).

personal de salud, personal de educación, adolescentes, padres de familia; y que estén respaldadas por las instituciones democráticas del Estado, como el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Gobiernos locales, Gobiernos regionales, organizaciones comunitarias, medios de comunicación, agrupaciones de jóvenes y adolescentes. Los integrantes de todas estas instituciones del Estado y las organizaciones de la sociedad civil deberían ser capacitados en el tema de salud sexual integral, promoción de estilos de vida saludable y desarrollo humano.

No podemos ignorar que los medios de comunicación contribuyen a la construcción del sentido común en la opinión pública, y como tal —como decía Aníbal Quijano— van ocupando las conciencias de las personas. En relación al rol que cumplen los medios de comunicación, Willian Bennett, secretario de Educación de los Estados Unidos, reportó el año 1993, que durante las décadas 1960-1990, se produjeron dolorosos fenómenos sociales, incremento de crímenes violentos en un 370%, incremento de familias monoparentales en un 215%, suicidios en adolescentes en un 210%, cohabitación de adolescentes en un 966%. Estas tendencias coinciden con los mensajes transmitidos y vistos en las pantallas de televisión, películas, novelas y comedias comunes, muchas veces basados en el erotismo y la sexualidad (Núñez, 2015).

En nuestro país, en aras de la libertad de prensa, existen programas televisivos con alto contenido erótico y sexual: *Combate*, *Esto es guerra*, *El valor de la verdad*, cuyos mensajes son morbosos y sexistas, donde presentan jóvenes aparentemente exitosos, que forman parejas inestables, además de aparecer vestidos con diminutas prendas para mostrar sus figuras y su desarrollo muscular en los varones, y en las mujeres figuras curvilíneas. Los contenidos que transmiten estos programas están ganados por el hedonismo y carecen de un contenido educativo, deteriorando nuestro capital social, ya que los adolescentes buscarán emular a estos personajes faranduleros, al pensar que el desarrollo corporal es lo mejor y que una relación de pareja está basada en la trivialidad de la atracción física. Por otra parte, las letras de las canciones que se escuchan en la radio tienen un alto contenido sexual, que induce a los adolescentes a la actividad sexual, sin considerarlo como una expresión de amor verdadero, afecto y ternura entre dos personas, sino solo como un acto simple de placer. De la misma manera, la prensa escrita, más conocida como prensa “chicha”, hace eco de estos personajes, convirtiéndose en un círculo vicioso de sexualidad precaria.

A parte de los medios de comunicación televisiva, radial y escrita, actualmente han surgido nuevas tecnologías como internet, telefonía móvil, videojuegos, entre otros. Y con ello han traído nuevas formas de expresión, a través de redes sociales que se han instalado rápidamente en el imaginario, conquistando las representaciones y prácticas sociales de niños y adolescentes. Una muestra de este fenómeno es que, en el año 2013, el INEI anunció que el 91.8% de niños y adolescentes entre 10 a 15 años de edad son asiduos usuarios de estas redes sociales (García, 2014). Asimismo, el año 2004, *El Diario* de la Asociación Nacional de Medios Digitales y Artes reportó que el total de horas que la persona se expone a los medios masivos de comunicación es de 15 horas diarias.

Este nuevo escenario puede resultar interesante de considerar, en la medida que los contenidos a brindar al adolescente están basados en la trasmisión de valores para el uso responsable de la sexualidad. Un ejemplo de alternativo de educación sexual, son las actividades pedagógicas y de acción social que realiza la Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí podemos! Este colectivo, en el año 2008, utilizando las redes sociales realizó con éxito programas de formación integral en sexualidad. Consideramos que es posible contribuir al desarrollo de una sexualidad plena, saludable y responsable, para lo cual necesariamente debería existir un compromiso de parte del Estado para promover e incluir la participación de la sociedad civil, del hogar y la escuela, que son los espacios donde desarrollan su vida niños y adolescentes.

5.9.3. La urgencia y necesidad de una nueva generación de políticas sociales en salud sexual reproductiva en adolescentes

Las políticas sociales en salud sexual reproductiva están íntimamente relacionadas con el accionar del Estado en su relación con la sociedad, para buscar el bien común de los ciudadanos y, de este modo contribuir a la construcción de una sociedad que contemple tanto equidad como justicia social, ejes centrales de la vida humana, en especial de los adolescentes. En este sentido, ahora más que nunca, se hace necesario que las políticas sociales prioricen el trabajo organizado con los adolescentes, para que puedan entender que la sexualidad en su dimensión más amplia tiene un alto contenido de amor, afectividad, corporeidad, descubrimiento, búsqueda de placer, etc., y es la que nos moviliza a establecer la relación con el otro para comunicarnos.

No se debe ignorar que la sexualidad influye en nuestros pensamientos, subjetividades, sentimientos, acciones e interacciones y, por ende, en nuestra salud física y mental (OMS, 1975). Por ello, es muy importante que los adolescentes reconozcan que la sexualidad es algo más que la genitalidad y la práctica sexual, y que está siempre presente de una manera o de otra en el proceso de crecimiento y de aprendizaje, hasta que llega el momento de compartirla con responsabilidad. La sexualidad tiene un papel esencial en la vida del adolescente, formando parte esencial de sus vivencias, sin duda (Ros I Rahola, 2012).

En la sistematización de las buenas prácticas de sexualidad, el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente, que ha sido adoptado por los diferentes ministerios de Salud de la región, se agruparon en el Organismo Andino de Salud (ORAS)-Convenio Hipólito Unanue (CONHU), con la asistencia de Family Care International (FCI). Allí se plantearon realizar dos modelos de cambio. El primero era un modelo desde adentro, en el que los centros de desarrollo juvenil ejecutados por el MINSA y el sector educación tiene como escenario los establecimientos de salud y un equipo de profesionales cuya tarea es orientar a los adolescentes. El otro modelo era desde afuera, y apuntó a tener influencia en los servicios de salud, al buscar sensibilizar y capacitar a los equipos profesionales, mediante la promoción de “espacios de atención diferenciados” en los establecimientos de salud para los adolescentes. También se buscó instalar centros juveniles en lugares estratégicos barriales, buscando la participación no solo del sector salud del Estado, sino también apoyo de las esferas de Gobierno menores como las municipalidades, a fin de que promuevan una política de bienestar para los adolescentes (UNFPA, 2010).

Otros casos en la región fueron aleccionadores. Así, en Colombia las estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva implementan servicios amigables atender a los adolescentes, enfatizando la consejería, la oferta anticonceptiva de emergencia y los métodos modernos. En Paraguay su Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ha brindado asistencia integral a la madre adolescente y a los recién nacidos, con una cobertura nacional, con la implementación de escuelas saludables, viviendas y familias saludables y promotores de pares, liderado por las comunidades educativas, con apoyo y supervisión técnica del Ministerio de Salud Pública, Bienestar Social y Ministerio de Educación y Cultura.

En el caso ecuatoriano, el Plan de Acción de las Políticas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006-2008 contempla las siguientes actividades: incremento

en el servicio diferenciado para adolescentes de acuerdo con horarios de estudio o trabajo (espacios exclusivos), eliminar barreras legales para el acceso como el pedido de cédula de identidad, consentimiento familiar, infraestructura, etc. Del mismo modo, capacita a los equipos de hospitales y áreas de salud sobre la atención diferenciada en salud del adolescente, promoción de estilos de vida saludable, mejorando el acceso a los métodos de prevención de embarazo, enfermedades de transmisión sexual y promoción del uso del condón.

Todas estas estrategias llevadas a cabo en países vecinos de América Latina de alguna manera han sido planteadas en los diferentes Planes de Acción por la Infancia y la Adolescencia en el Perú, pero han sido parcialmente ejecutados. Si bien el Estado buscó disminuir en un 20% la mortalidad de la madre adolescente, no hizo lo mismo con la prevalencia del embarazo adolescente. Así, no existió una articulación ni mucho menos un trabajo multisectorial entre los diferentes organismos del Estado comprometidos con el problema, además de no tener un presupuesto suficiente para este rubro.

En el sector salud, la adolescencia es considerada una de las etapas que menor riesgo va a tener de contraer alguna enfermedad. Por ello, los ambientes de atención priorizan a los adultos y a los niños, pero no toman en cuenta un ambiente exclusivo para adolescentes. El Instituto Nacional de Salud del Niño es el único establecimiento que cuenta con un espacio diferenciado para su atención. De hecho, algunos establecimientos de salud han considerado que la especialidad de Pediatría atiende solo hasta los 12 años de edad, quedando el adolescente sin una especialidad específica para su atención. Uno de los casos excepcionales es el HNAL, donde el servicio de Pediatría atiende a los adolescentes hasta un día antes de cumplir los 18 años, en ambientes comunes junto con los niños pequeños.

La prevención del embarazo adolescente, es una responsabilidad del Estado, que requiere de diferentes organismos para su ejecución, los cuales deben estar adecuadamente articulados, financiados y evaluados para poder constatar los avances de sus metas. De no llegarse a obtener avances, se podrá en forma oportuna reformular las estrategias a seguir considerando siempre la participación de la comunidad, la familia y la participación protagónica de los mismos adolescentes.

Considerando que el embarazo adolescente en el Perú es un problema de salud pública, el Estado peruano debería diseñar y ejecutar las políticas sociales en salud sexual reproductiva, con la acción social organizada y movilizadora de la familia y la

escuela, por ser los primeros espacios de socialización del niño y el adolescente, priorizando en estos los aspectos cognitivos, afectivos y la práctica social organizada.⁴⁰

⁴⁰ “... la familia es la principal educadora, la escuela tiene un papel educativo y, en este sentido, se pueden trabajar las actitudes, la afectividad, los roles no discriminadores, valores de convivencia y de igualdad, los límites, etc., y se pueden tratar cuestiones básicas de sexualidad. [...], la educación sexual desde la escuela tendrá que profundizar más en la parte afectiva y en las diferentes maneras de relacionarse y comportarse, incidir en la parte positiva de la relación con los demás y en el respeto, así como ayudar a reflexionar sobre la igualdad, sin obviar las diferencias entre los chicos y las chicas. La educación afectiva y sexual no debe entenderse solo desde la prevención de riesgos, con la transmisión únicamente de la información sobre la anatomía y fisiología reproductiva, los diferentes anticonceptivos, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. La educación sexual tiene un componente ético e innegable y una de las tareas de los educadores consiste precisamente en ayudar a los jóvenes en la creación de un código ético propio para que ejerzan sus derechos, respeten los derechos de los demás y desarrollen actitudes y conductas más responsables y saludables en relación a su propia sexualidad” (Ros I Rahola, 2012, pp. 152-153).

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. Resultados cualitativos

Una de las preocupaciones centrales en la presente investigación es que esta pueda orientarse a la acción humana y la subjetividad. Y como tal, que destaque al sujeto como núcleo central del estudio. En este caso hemos recogido las historias de vida de las adolescentes precozmente embarazadas y recopilado la información para el análisis. Las valiosas historias de vida⁴¹ que a continuación presentamos son el resultado de la acción humana individual y también producto de la estructura social en la que viven una considerable cantidad de adolescentes en los distritos populares de Lima Metropolitana.

6.1.1. Historias de vida de adolescentes

a. Milagros

Es una adolescente de 12 años de edad, vive en el distrito de La Victoria, donde tiene algunas comodidades como televisión, teléfono celular, computadora, wifi, una habitación propia y una casa confortable. Milagros cursa el segundo año de secundaria, sus notas en los cursos son 11 o 12 en promedio, y pocas veces ha hecho vacacional. Sus padres bordean los 55 años de edad, trabajan casi todo el día: el padre prestando labor de taxi y la madre dedicada al comercio ambulatorio de ropa. Como es hija única, todo lo que pide se le proporciona, viste a la moda y le permiten usar maquillaje, dándole un aspecto de una persona mayor de edad. Refiere haberse iniciado sexualmente hace 2 meses, con un chico del barrio de 16 años de edad: “Quisimos experimentar lo que se siente hacer el amor”. Milagros manifiesta que nunca tuvo una conversación con sus padres respecto de los cambios corporales, ni mucho menos del inicio de la menstruación. Ella prefirió consultar en su computadora y con sus amigas,

⁴¹ “Las historias de vida han marcado no solo un viraje de la imagen macrosociológica hacia el interés por el individuo concreto, sino que intentan difundir una visión de una sociedad como un sistema de personas interconectadas. Los fenómenos sociales tienen propiedades sistemáticas, algunos son resultado de la acción individual humana y otros son producto de la estructura social” (Mejía Navarrete, 2002, pp. 141-142).

sabe que hay métodos anticonceptivos para cuidarse, pero tiene temor de utilizarlos, además tendría que ir a una posta médica y tener que hablar con una persona mayor que la pueda juzgar. Milagros pensaba que como era poco el tiempo del inicio de su menstruación no pasaría nada. Ahora ella espera ser atendida por presentar un embarazo fuera del útero. Solo sus padres la visitan en sala de hospitalización, actúan como si nada hubiera pasado y están prestos a comprarle lo que desee.

- **Comentario**

En esta historia de vida tenemos 2 actores sociales: Milagros, hija única, engreída y consentida, y los padres mayores de edad, consentidores, permisivos, que tratan de mantener un hogar lleno de comodidades a expensas de largas horas de ausencia, que restan momentos de unión familiar, de comunicación, enseñanzas de normas, valores, patrones culturales. La familia es el primer núcleo social en el que se mueve el individuo (Pérez, 2014), donde se van a generar vínculos de afectividad, en el cual los padres aportan elementos formativos que permiten el desarrollo del niño y adolescentes en su necesidad de individualización y su sentido de pertenencia (Cussianovich, 2001). Esta ausencia condiciona en el adolescente sentimientos de tristeza, soledad, por lo que busca y acepta vivencias que le brinden amor, atención, interrelación con su grupo satisfaciendo su necesidad de pertenencia. La curiosidad por su desarrollo sexual y el hecho de experimentar vivencias los conducen a una iniciación sexual precoz y sobre todo desinformada, poniendo en riesgo su vida, su futuro.

- b. Marina**

Marina tiene 18 años de edad, esta es su segunda gestación; la primera fue cuando tenía 16 años. Está casada con Pedro de 25 años de edad y ambos trabajan. Él tiene un micro que le ayudó a comprar su padre, y con el cual trabaja en forma diaria; ella vende mazamorras en las noches frente a su casa. Marina dice que la vida no es fácil, tiene que levantarse muy temprano para atender a su esposo y su niña de 2 años, que es muy inquieta, por lo que le hace más difícil avanzar los quehaceres de casa. Sin embargo, ella se siente feliz en su hogar. Marina proviene de una familia humilde de 5 hermanos; ella es la tercera, los primeros son hijos del mismo padre, y los restantes de diferentes padres. Su madre no tuvo suerte en el amor: tuvo su primer bebé a los 15 años de edad,

aunque convivió con su padre por un largo tiempo, pero la relación no era buena, no se ponían de acuerdo y discutían, por lo que se tuvieron que separar. Los otros dos compañeros con los que se comprometió la golpeaban cuando llegaban ebrios. La penúltima pareja de su madre era insoportable, le reprochaba continuamente y en estado alcohólico, increpándola por tener muchos hijos, motivo por el cual decía que no alcanzaba el dinero.

Asimismo, refiere que había días que en su casa solo compartían agua con pan. Por otra parte, dice haber estudiado solo hasta tercero de secundaria; repitió de año en cuarto de primaria y primero de media. Además, sus útiles escolares estaban incompletos y no tenía ganas de estudiar. Para sobrevivir de vez en cuando cuidaba al bebé de una vecina quien le daba de comer. En estas circunstancias conoce a Pedro, quien la trataba con amor, y después de una relación de 3 meses decide irse a vivir con él. Marina dice: “Me siento segura y tranquila con él, no quise tener niños al inicio, no quería que me pasara lo mismo que a mi madre, joven y llena de hijos, y por ello acudí a una posta médica cercana a casa, me atendieron y me explicaron cómo tenía que cuidarme, y hasta me proporcionaron condones. Así lo hicimos unos meses hasta que decidimos tener mi primer bebé y ahora estoy esperando el segundo. El primero nació por cesárea y ahora dicen que este bebé nacerá de la misma forma. Debo tener mucho cuidado en embarazarme nuevamente, porque solo puedo tener tres cesáreas en mi vida, y aún soy muy joven. Tengo que conversar con Pedro”.

- **Comentario**

Marina es una adolescente que a pesar de su juventud ha sabido sobrellevar las situaciones que le ha puesto la vida. Procede de un hogar disfuncional de escasos recursos económicos que condicionan conflictos. Sus padres, cuando fueron jóvenes, no planificaron su familia y a pesar del poco ingreso económico tuvieron 3 niños en forma continua, acrecentando más la pobreza, poniendo en peligro su alimentación, salud, educación. Marina perdió 2 años de estudios a consecuencia de estas carencias, de los conflictos en el hogar; además tuvo que asumir la responsabilidad del cuidado de su hermanita y del bebé de la vecina a cambio de un plato de comida. Todos estos hechos no generaron sentimientos de rencor, temor, frustración o inseguridad; por el contrario, ella es una adolescente responsable, segura, trabajadora, que busca su bienestar y el de su actual familia con el apoyo y el amor de su pareja. Ella es un ejemplo de resiliencia.

Sin embargo, el no culminar sus estudios y tener que hacerse responsable por el cuidado de su familia le restara oportunidades de trabajo agravando su situación de pobreza y dependencia (UNFPA, 2008).

c. Jimena

Jimena tiene 14 años de edad, cursa el segundo año de secundaria y vive en el distrito de San Martín de Porres. Ella es hija única, tiene padres, pero casi no los ve por motivos de trabajo. Su madre le deja la comida lista antes de ir a trabajar y dinero por si se le antoja comprar algo. Jimena va al colegio en las mañanas y en las tardes después de salir del colegio prefiere quedarse a conversar con sus amigos; otras veces se van a pasear y a veces a una fiestecita en casa de alguno de ellos, o van a esos lugares para jóvenes. Para esto, lleva el carnet de identidad de su hermana mayor, por lo que declara: “De este modo nos venden licor. Además, para estar bien, consumo marihuana de vez en cuando”. Comenta por extenso la experiencia de su sexualidad y cómo buscó apoyo para métodos anticonceptivos: “Me inicié sexualmente hace un año, mamá me dijo que tuviera cuidado con hacer tonterías, pero exactamente no me lo dijo. Conversé con mis amigas cómo hacían cuando estaban con sus chicos, y decidí ir al hospital una mañana que no fui al colegio. Me dijeron que no había atención hasta el turno tarde, con el trabajo que me costó llegar. Pedí si tenían volantes educativos de cómo cuidarse para no salir embarazada, porque ese era mi tema en el colegio y me dieron uno con métodos anticonceptivos. Los leí y pensé que inyecciones no, pastillas me voy a olvidar y hablaban algo de los métodos naturales, esos de los que se cuidan con la ‘regla’. Busqué información en internet y ahora lo hago así, debo esperar mi mes. Mamá no tiene idea de mi vida, prefiero que me deje tranquila, que descansen y se vayan como siempre a trabajar”.

• Comentario

Jimena vive en un distrito populoso San Martín de Porres, a sus 14 años debería cursar el tercero de secundaria. Ella se encuentra generalmente sola, porque ambos padres trabajan. La madre establece aparentemente comunicación, sin llegar a estrechar una relación entre madre e hija basada en la paciencia, la confianza; al padre es mencionado en su relato. Dos elementos importantes. En primer lugar, la familia, en este caso

representada por padres que no interrelacionan con la adolescente, producto de una miseria personal que conlleva a carencias afectivas de amor, afecto, ternura, vitaminas psicológicas (Caravedo, 1968) y transmisión de virtudes que solo lo conseguirá con la convivencia y el ejemplo (Cussianovich, 2018), necesarias para enriquecer su autoestima. Y la pobreza causal del ausentismo de los padres. Esta soledad lleva a Jimena a la necesidad de pertenecer a un grupo social y por ello busca en sus pares aceptación, por lo que sigue las normas del grupo con el cual se siente más identificada que con sus padres.

Jimena busca información en un centro de salud que no tiene un horario amplio para atenderla y ante su temor de ser juzgada, al preguntar por las formas de cómo cuidarse se ampara en un trabajo de investigación. No quedando satisfecha con los trípticos que le entregaron, decide ampliar información con uno de los medios que ocupan ahora el mayor tiempo para los adolescentes (García, 2014), pero sin recibir asesoría adecuada para ello.

d. Mariana

Mariana tiene 15 años de edad, vive en San Juan de Lurigancho, está en tercero de secundaria y es la segunda de cuatro hermanos. Su madre es ama de casa. Veamos cuál es su historia con sus propias palabras: “Como el dinero no alcanza, ella prepara postres que vende en la puerta de mi casa. Mi padre es ayudante de albañil y no siempre trae dinero o si lo trae es incompleto porque los fines de semana toma licor. Mamá siempre esta alterada, reniega mucho, tiene temor de que salga gestando, por eso no me deja ir a las fiestas, eso me da cólera. ¿Quién le prohibió a ella cuando era joven o a mi hermana Teresa, que es mayor que yo por un año? Claro, como ellas han tenido sus hijos de jóvenes, creen que todos somos iguales. Yo quiero ir a las fiestas de mis amigas, mis quince no lo festejaron... Por eso la vez pasada no les hice caso y me fui. Me castigaron, pero no importa. Esta vez conocí a varios chicos, pero entre ellos uno me gusta. Mis amigas me han dicho que está bueno y que él puede ser con quien pierda mi virginidad; pero me queda eso que mi mamá dice una y otra vez, que no vaya a salir con mi domingo siete. En el colegio nos hablaron sobre los cambios durante la adolescencia y de algunos métodos, pero no entendí muy bien y me dio vergüenza preguntar. Hablaron también de la píldora del día siguiente... Mis amigas dicen que en los hospitales dan anticonceptivos y por eso he venido, para saber un poco más”.

- **Comentario**

El Estado con sus políticas neoliberales favorecen la existencia de la pobreza, desigualdad e inequidad, desregulando los mercados de trabajo con salarios irrisorios que conllevan a realizar trabajos informales que exigen mayor tiempo y esfuerzo físico con poca paga. Esto genera sentimientos de frustración e impotencia que se expresan en el clima familiar de Mariana, situación psicológica que afecta a la familia y expone al adolescente a la violencia familiar (Caravedo 1968). Así, pierde confianza, seguridad, por lo que es mejor pertenecer a un grupo que aparentemente la trata mejor (Cussianovich, 2018) y le permita desarrollar su sentido de curiosidad, por lo diverso a lo habitual. Estas nuevas relaciones sociales centran su relación en hechos que puedan producir satisfacción como son el consumo de drogas, las relaciones sexuales, perdiéndose en esta última el contexto del amor que es reemplazado por una mayor satisfacción a la experiencia sexual (Bauman, 2005). Un detalle importante es la madre quien advierte al adolescente las consecuencias de una iniciación sexual, pero sin la información pertinente. Un estudio de la UPCH y el Instituto Gutmacher (2017) señala que los colegios pueden brindar conocimientos, pero los maestros no están totalmente calificados. Solo el 8% de los maestros recibieron capacitación y la mitad de ellos considera que no se sienten calificados para tal labor. Mariana cree que ella sola puede decidir sobre su vida sexual y afectiva, y descalifica a su madre y hermana para guiarla, ya que ellas tuvieron sus hijos a temprana edad. Por ello, Mariana prefiere seguir la influencia de sus pares en cuanto a su iniciación sexual, pero teme una maternidad a temprana edad, porque truncaría su vida presente y futuro.

e. Rocío

Rocío tiene 15 años de edad, vive en San Juan de Lurigancho y cursa el segundo año de secundaria. Ella vive con su abuela y dos tíos por parte de madre. Cuando tenía 10 años sus padres se separaron. Su padre adquirió un nuevo compromiso y se fue a vivir a Trujillo, desde este lugar se comunica a veces por vía telefónica. Por extenso nos comenta cómo era la relación entre sus padres y cómo busca refugios en otros espacios: “... ellos discutían constantemente hasta agredirse físicamente, por eso fue mejor que se separaran. Me daba temor sus gritos, me sentía muy triste. Ya no estaba papá, mamá

estaba de mal humor o muy triste.... Repetí quinto grado y primero de secundaria. Dejamos el lugar donde vivíamos y nos fuimos a vivir donde mi abuelita. Ella es muy buena, siempre me hace caso. A mamá le pido permiso para salir a una fiesta con mis amigas y ella no me deja. Me molesta que me controle, por eso mi abuelita discute con ella, porque no me entiende. Ahora quiere que vivamos en otro lugar, pero yo no quiero, tengo mis amigos en este barrio. Mamá tiene otro compromiso, que ella haga su vida y yo la mía. Salgo con mis amigas a pasear, nos vamos a fiestas y nos divertimos un montón. Entre nosotras nos cuidamos. Si alguien quiere darnos una pepa, no tomamos; sabemos cuidarnos cuando tenemos sexo, no hay problema”.

- **Comentario**

La familia, primer espacio de socialización donde se tejen vínculos (Giberti, 2005), es el espacio donde se transmiten valores y virtudes (Cussianovich, 2018). En el caso de Rocío está fracturada durante sus primeros años de vida, debido a la mala relación entre sus padres, en parte probablemente por las necesidades económicas o por la miseria humana de uno de ellos que la llevan a interrelaciones desagradables. Como afirma Caravedo, en 1968, estas interacciones llevan a trastornos psicoafectivos como la ansiedad o depresión, llevándola a retrasar los estudios. Rocío ahora conforma una familia extensa monoparental a raíz de la separación de sus padres, la cual no satisface sus necesidades de afecto, induciéndola a explorar una forma de vida dirigida por sus pares (Pimentel, 1996), que en muchos casos precarizan las relaciones amorosas (Vera, 1995) y ponen en riesgo su salud sexual, emocional, así como su presente y futuro.

f. Martín

Martín tiene 15 años de edad, vive en el distrito de Comas, cursa el tercero de secundaria, y vive con su tío, el cual es hermano de su madre; su apoderada es la conviviente de su tío. Cuando tenía 8 años y su hermana 5 años, su padre los abandonó y sufrieron muchas incomodidades por falta de dinero. Este es su testimonio: “... el desayuno era solo un pan sin nada. A veces mantequilla y té; en el almuerzo sopa de patitas de pollo con verduras. Hace 2 años mamá conoció a José, su pareja, y lo llevó a vivir a la casa, Nunca me gustó ese hombre. Un día, al regresar del colegio, lo encontré manoseando a mi hermanita, Me dio mucha cólera y le grité: ‘¿Qué era lo que hacía?’.

Me dijo que yo estaba loco y se fue. Le conté a mamá, pero no me creyó. Después de eso me sentí muy mal, por eso busqué el apoyo de mis tíos. Yo quiero portarme bien, sacar buenas notas, no quiero que mis tíos sufran por mí o les ocasionen más gastos. Yo tomé 6 pastillas de clonazepam, porque quería dormir, escapar para siempre. Terminé con mi enamorada. Yo la quiero, pero ella es bien loca, viste con poca ropa, no se quiere cuidar para tener sexo. La verdad no sé si está solamente conmigo; es que nadie la controla, tiene un hogar con problemas, sus padres están separados. No está bien que siga con ella, no quiero perder la ayuda de mis tíos. Pero ella se cortó las muñecas y ahora me siento mal...”.

- **Comentario**

Martín es un adolescente que procede también de un distrito populoso de escasos recursos económicos, en situación de pobreza, cuyo hogar se vio fraccionado por el abandono de su padre. La madre tuvo que sostener su hogar, dedicándose a trabajos informales con poco pago, lo que condicionaron las carencias durante su infancia y su desarrollo. El sentido de protección y normatividad se debilitan al estar ausente uno de los padres (Cussianovich, 2001). A esta situación se suma el nuevo compromiso de la madre, quien prefirió escuchar y apoyar a su pareja, probablemente por temor a perder a un compañero que ayude con los gastos, la proteja y a la vez ejerza violencia física y psicológica sobre ella. Heredera de patrones culturales servilistas y machista colonial, desconoce la advertencia que brinda el hijo ante el abuso cometido con su hermanita, lo cual motiva el abandono del hogar por parte del muchacho a casa de sus tíos. Además, su vida es marcada por una relación conflictiva con su enamorada, una muchacha libre de hacer lo que le plazca y que no tiene control de parte de sus padres, ya que estos se encuentran separados. Esta enamorada lo influencia negativamente, razón por la que acaba con la relación desencadenándose dos gestas suicidas: primero en la muchacha y luego en él mismo.

6.1.2 Entrevistas a profundidad a los profesionales de la salud

Las entrevistas⁴² con los profesionales de la salud comenzaron a partir del contacto que tomé con ellos, como parte de mi relación profesional como médico pediatra en el HNAL. Por ello, tuve el mayor cuidado en establecer una relación de empatía y diálogo con ellos. De la misma manera, establecí una confianza con los entrevistados con la finalidad de tejer relaciones de reciprocidad para obtener los datos necesarios (Scribano, 2008) en el proceso de indagación de los factores en el personal de salud que limitan al adolescente a los servicios de salud reproductiva para prevenir el embarazo en el HNAL, durante los meses de octubre a diciembre del año 2016.

a. Entrevista al doctor Pérez

¿Cuál es su cargo, desde cuándo labora y qué actividades realiza en el servicio?

Soy médico pediatra con 16 años de experiencia. Realizo actividades asistenciales en el servicio de Pediatría, como por ejemplo atención de pacientes en la consulta externa dos a tres veces por semana, aunque la mayoría de consultas son por enfermedades diversas que requieren diagnóstico y tratamiento. También hago actividad preventiva-promocional.

¿Atienden adolescentes en este servicio?

Sí, la población que se atiende comprende desde el recién nacido, hasta un día antes que cumplan los 18 años de edad. Sin embargo, no es muy frecuente recibir la visita de adolescentes. Pueden ser vistos 2 o 3 adolescentes en cada consulta, y son tres los consultorios que brindan atención a los adolescentes.

¿Cree que es necesario brindar consulta en educación sexual a los adolescentes?

⁴² “La entrevista es una parte del proceso de indagación, no es ‘el’ proceso en sí mismo. Para diseñar y aplicar la entrevista necesitamos siempre, más allá de lo flexible de nuestra estrategia, que la misma esté conectada con el problema de la investigación y con nuestras redes teóricas. La estructura temática de la entrevista proviene de aquello que deseamos investigar. Los rasgos que conocemos del fenómeno a indagar nos deben habilitar para saber lo que no sabemos, y eso es lo que servirá de hilo conductor en el diálogo con el entrevistado” (Scribano, 2008, p. 78).

Pienso que este es un tema muy importante en este grupo etario, ya que al no recibir una orientación adecuada, el adolescente puede tener consecuencias negativas en el futuro, como es no gozar plenamente de su sexualidad, por el simple hecho de ser un acto realizado a escondidas, bajo la presión del qué dirán o la desaprobación, sin un contexto de valores y de sentimientos. Además, sin un amplio conocimiento de los cambios corporales que están sucediendo durante su desarrollo, y que traerá como consecuencia experiencias no gratas, embarazos precoces o no deseados, o enfermedades de transmisión sexual que lo irán limitando en su desarrollo. En particular, lo que hago es aprovechar la consulta para darles algunos mensajes como por ejemplo la vida es bella, pero se hace dura cuando no pensamos en un futuro, por eso es preferible prepararse para esa nueva etapa en la vida que traerá consigo la realización de lo que algún día soñaron ser. Es importante confiar en sus padres que han pasado por la misma etapa, pero que ahora tienen la experiencia de lo vivido. Algunos de ellos me miran como dándome a entender que no hay buena comunicación con sus progenitores, por lo que exhorto a la persona responsable que lo acompaña a apoyarlo y tenerle un poco más de paciencia.

Trato de hacer lo mejor que puedo en los 15 minutos que aproximadamente dura la consulta. Sería interesante corroborar su grado de conocimiento en relación al tema a fin de orientar, fijar y ampliarlo. Probablemente sería mayor si el servicio fuera diferenciado.

¿A qué se refiere cuando dice “servicio diferenciado”?

Un servicio diferenciado requiere de un espacio acondicionado para recibir al adolescente, un ambiente que le brinde privacidad, tranquilidad, confianza, donde no tenga que esperar para ser atendido o mezclado con niños pequeños que juegan, lloran y están acompañados de sus madres. Además, el tiempo que se les brinde sea mayor para realizar la consejería, en un horario adecuado.

Las políticas de salud establecen estrategias para llegar a objetivos como disminuir la prevalencia del embarazo adolescente, pero no te da las facilidades para contar con personal capacitado, infraestructura adecuada, adecuación en los tiempos de atención, entre otros.

¿Cree que la atención del personal de salud influye en la afluencia de los adolescentes a la consulta para recibir consejería?

Podría ser. No todas las personas somos iguales y tenemos diferentes caracteres. De repente algunas son más empáticas que otras. Lo importante es el compromiso de cada uno para establecer una adecuada relación. Nosotros estamos en este caso para orientar, enseñarles de acuerdo al sexo cómo se desarrollan biológica, física y mentalmente, con la finalidad de que tengan una vida saludable con conocimiento de su sexualidad, que les permita crecer y seguir avanzando en sus metas propuestas.

La orientación y consejería en el adolescente es una tarea de todos en particular, la base fundamental es la familia. Nosotros podemos comprometer a la comunidad a exhortar a los padres en la orientación y cuidado de sus hijos y aprovechar la afluencia de estos a los colegios, donde hay una gran oportunidad para educar.

¿Ustedes trabajan con la comunidad y los colegios en la educación sexual integral de los adolescentes?

Generalmente esta es una responsabilidad de los establecimientos de primer nivel. Nosotros atendemos a una población flotante, es decir, a personas que proceden de diferentes distritos y provincias de nuestro país, por lo que resulta difícil poder llegar hasta ellos. Sin embargo, realizamos labor educativa en los colegios ubicados en los sitios cercanos al hospital.

- **Comentario**

Pediatra con 16 años de experiencia laboral, que considera muy importante la educación sexual adolescente; y aunque la afluencia a consulta externa es restringida, siempre es una oportunidad para brindarla. Considera que para una mayor afluencia a los servicios de educación sexual reproductiva es importante el horario, y atender en un ambiente adecuado que ofrezca privacidad y confidencialidad. Plantea también que la educación sexual no solo se brinde al adolescente, sino también a los padres de familia, a las organizaciones comunales, y en los colegios donde se puede capacitar a un mayor número de adolescentes.

b. Entrevista a la obstetra Carolina

Carolina es obstetra desde hace 18 años, trabaja en el consultorio juvenil ubicado en el pabellón del servicio de Ginecología, en donde atienden a los adolescentes en el turno tarde, de lunes a viernes, desde las 14:00 horas hasta las 18:00 horas del día.

¿Qué actividades realizan en su servicio?

Brindamos atención de los adolescentes que vienen por alguna enfermedad ginecológica. Hacemos educación y control de la gestante adolescente, orientación y consejería en enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y salud sexual reproductiva. En este servicio, la atención que se brinda está conformado por un equipo multidisciplinario, un/a ginecólogo, un/una nutricionista, un psicólogo y la obstetra.

Cuando realizan la orientación y consejería con el adolescente sobre salud sexual reproductiva, ¿qué metodología emplean?

Primero tratamos de establecer una adecuada relación empática que proporcione confianza y respeto. Procedemos a mostrar los cambios a nivel reproductivo de acuerdo con el sexo en maquetas y la capacidad que tienen ellos en el desarrollo sexual de su vida. Se trata de que en este proceso puedan tener una vida sexual plenamente saludable. Realizamos también charlas educativas de educación sexual integral, introducción a los métodos anticonceptivos en los colegios aledaños al hospital, previa coordinación con la o el director del plantel. A las adolescentes embarazadas se les orientan de los cambios propios de la gestación y de la necesidad de prepararse para la llegada del bebé. Es importante también que aprendan a prevenir nuevos embarazos, a fin de tener una familia saludable.

¿Por qué los embarazos en las adolescentes resultan riesgosos para ellas y sus familias?

El desarrollo corporal está en proceso, las mamas requieren de un proceso de preparación para la producción de leche, fluido corporal elemental para la alimentación del bebé. En edades extremas es más frecuente las malformaciones o los problemas

genéticos, aunque en el hospital no es frecuente la mortalidad materna en este grupo etario, comparando con las zonas rurales. El comportamiento de las adolescentes embarazadas todavía es de niñas, y la gran mayoría de ellas no tienen una pareja que las apoye, económicamente son dependientes y si tienen la necesidad de trabajar, las labores que realizarán serán por un corto tiempo dado su estado, además de que la paga será insuficiente. Por otra parte, su educación se ve interrumpida o truncada si no cuenta con el apoyo de la familia.

¿Cuál es la demanda para orientación y consejería del adolescente, para la prevención de embarazo?

La afluencia es poca, podremos atender 4 o 5 adolescentes por tarde.

¿Cuál cree que sea la razón por la que no acuden las adolescentes en mayor cantidad a recibir orientación y consejería en este servicio?

Pueden ser por varios factores; por ejemplo, podrían quedarse en la periferia, en los puestos o centros de salud cercanos a sus hogares. Ellos generalmente cuentan con seguro integral de salud (SIS), a través de la cual la consulta le sale gratuita en estas entidades prestadoras de salud. Aquí tendrían que realizar un pago por su atención o en su defecto traer una hoja de referencia que solo se la van otorgar si no hay personal para brindar la atención. Otra causa podría ser la ubicación del servicio, que aunque les otorgue privacidad se encuentra en el extremo contrario al ingreso donde hay una mayor circulación vehicular.

¿Cuáles son las razones que refieren las adolescentes para gestar a tan temprana edad?

Las adolescentes embarazadas generalmente proceden de hogares donde no hay una buena relación entre sus padres, o viven en hogares donde solo hay un progenitor asediado por los problemas económicos, o padres con un nuevo compromiso. Estos hogares están llenos de conflictos, agresiones y maltratos continuos; por ello buscan escapar de esa forma de vivir, buscando la protección y el amor del sexo opuesto.

¿Qué haría para cumplir con los objetivos de las políticas nacionales de salud sexual en la prevención del embarazo adolescente?

Este es un compromiso multiparticipativo y multisectorial, donde el sector salud puede ser el articulador junto al sector educación para poder trabajar con la comunidad, con la familia y con los adolescentes, brindando consejería y orientación en educación sexual, en valores, hacerles ver las oportunidades que pueden tener frente a un futuro, si actúan de forma responsable en su sexualidad. El Estado debe asumir la responsabilidad de mejorar en la población, las oportunidades de trabajo, de retribución económica, de una adecuada canasta familiar, en salud de calidad, y brindar las herramientas necesarias en infraestructura, en recursos humanos a fin de conseguir las metas trazadas.

- **Comentario**

Carolina tiene 18 años de experiencia laboral, nos habla de la importancia de establecer una adecuada relación entre los y las adolescentes basada en la confianza y el respeto mutuo. Justifica la poca afluencia para recibir consejería en el HNAL debido al pago que tienen que realizar por la consulta y la atención. Asimismo, por la ubicación del servicio que está a más de una cuadra de distancia de la entrada principal. También dice que los/las adolescentes que acuden a consulta generalmente proceden de familias monoparentales, con bajos ingresos económicos, y quiérase o no, condicionan un ambiente familiar conflictivo, motivo por el cual las adolescentes busca afecto y sentido de pertenencia en su grupo etario.

Concluye afirmando que la prevención del embarazo en adolescentes es una tarea de todos, pero que el Estado es el responsable en la mejora de las condiciones de vida de toda la población, en especial de la familia a partir de la aplicación de políticas públicas inclusivas.

c. Entrevista al psicólogo Juan

Juan es licenciado en Psicología, tiene 10 años de experiencia en su trabajo y desde hace un año se encarga de atender a los/as adolescentes en el Consultorio Juvenil.

¿Qué te motivo a trabajar con este grupo poblacional?

A través de los tiempos he escuchado una serie de historias de vida con problemas complejos por diversas causas, que a veces resultan difíciles de solucionar, que tienen mucha relación con la infancia y la adolescencia. Por ello, he preferido trabajar con estos últimos a fin de poderles ayudar a encaminar sus vidas, enseñarles que pueden existir factores negativos en sus vidas, como la ausencia de uno de sus padres o de ambos, pasar por carencias afectivas o económicas, conflictos, malos entendidos, maltratos, pero que en cada uno de ellos la vida recién florece y la solución está en la determinación que tomen para construir su futuro.

¿Crees que la educación sexual integral en los adolescentes es importante?

Por supuesto, ellos viven una etapa de cambios no solo biológicos sino también psicológicos. Están pasando de una etapa de vida a otra y eso implica un proceso de transformación en ambos sexos, que a medida que sus atribuciones físicas se definan irán influyendo en su autoestima; entre ellos experimentarán una suerte de comparación de sus cambios aventajando a unos y a otros no; los cambios hormonales acentúan su susceptibilidad frente a los hechos, lo que los hace más lábiles emocionalmente. Si ellos no son tratados con respeto y amor brindándoles comprensión, seguridad y protección, es probable que su autoestima no sea buena, haciéndolos fácilmente influenciados, exponiéndolos a tomar decisiones apresuradas, como es la iniciación sexual, por ejemplo. Es importante la educación sexual, enseñándoles a valorar esta etapa preciosa en su vida llena de vitalidad y oportunidades para su vida presente y futura.

¿La educación sexual integral dónde la realiza?

En cada atención que se les brinda en el momento de la consulta, realizamos actividades educativas con el equipo en los colegios sobre el tema, mediante exposiciones, historias de vida, videos motivacionales para lo cual contamos con una programación mensual.

¿Qué impacto crees que tienen este tipo de actividades en los adolescentes?

Complementamos la información brindada por el programa de educación, trabajamos también con los padres de familia para que sepan guiar a sus hijos y cómo enfrentar sus

cambios, pero estas actividades están dirigidas a grandes grupos, lo que probablemente disminuya el impacto. Esto debería ser, a mi parecer, con pequeños grupos; otras personalizadas, porque cada uno de ellos está influenciado por las costumbres de su familia, legados culturales, problemas económicos, sociales. La educación, la orientación y el apoyo debe ser continuo: “Una golondrina no hace un verano”. Debemos estar para ellos cuando les hacemos falta, para lo cual es importante formar tutores entre los profesores, padres y los propios alumnos.

¿Por qué crees que hay poca demanda de adolescentes que busquen consejería y consulta en temas de educación sexual reproductiva?

Los adolescentes pueden experimentar sentimientos de vergüenza, el temor al qué dirán, inseguridad frente a personas totalmente desconocidas en ambientes que consideran no son los más adecuados por su ubicación, por el horario o de repente no despertamos tanta simpatía como para confiarnos sus problemas íntimos, o el mensaje emitido en los colegios fue ineficaz. Un punto para valorar y reformular nuestro trabajo.

- **Comentario**

Juan es psicólogo con 10 años de experiencia laboral, y desde hace un año trabaja con adolescentes. Él nos brinda algunos mensajes, como: la adolescencia es una etapa de cambios que va a ser influenciada por el ambiente familiar, económico, social, cultural que requieren de amor, respeto, valores que refuercen su autoestima y le den seguridad. Es también muy importante impartir en ellos la educación sexual integral.

Piensa que los adolescentes se limitan a acudir al servicio para recibir consejería por diversos motivos: vergüenza o temor al qué dirán, que los puedan ver y descubrir, por desconfianza en el personal de salud, por la ubicación del servicio y horarios ofertado solo en el turno tarde.

d. Entrevista al doctor Mendoza

El doctor Mendoza es médico ginecólogo con dos años de experiencia en la atención de los adolescentes en el Consultorio Juvenil.

¿Cuáles son las experiencias en relación a la prevención del embarazo en los adolescentes que acuden a consulta?

Cualquiera que sea la causa que motivó la atención de la adolescente en consulta es una oportunidad para brindar consejería y orientación en el cuidado de su cuerpo, y los cambios que sufre en el desarrollo sexual. Estos cambios presuponen nuevas responsabilidades, ya que al concluir la maduración del aparato reproductor, estará listo para la procreación, por lo cual ellos deben aprender a conocer su cuerpo, valorarlo y experimentar momentos satisfactorios saludables.

Los varones, por ejemplo, tienen su iniciación sexual tempranamente como una forma de ratificar su hombría, hecho ligado a un pensamiento machista, arraigado todavía en nuestro medio, para lo cual debutaron con mujeres que ofrecen favores sexuales a cambio de dinero, y como todavía no cuentan con recursos económicos buscan féminas que no cobran mucho y probablemente no tienen control sanitario, exponiéndose a enfermedades de transmisión sexual; otros por temor a estas enfermedades buscarán su iniciación sexual con sus pares. En el caso de las mujeres, la iniciación sexual está más ligada a los antecedentes familiares, madres que se iniciaron sexualmente adolescentes, al clima familiar si existe una buena relación entre los miembros o está llena de conflictos, a la comunicación y confianza con sus padres, al solo hecho de experimentar esta nueva faceta de su vida. Los medios de comunicación juegan un rol importante en el comportamiento de los adolescentes, ya que para ellos son un referente, presentan programas televisivos de competencia donde los participantes visten pequeñas prendas ceñidas a su cuerpo, dejando ver su figura moldeada por el continuo ejercicio eliminando el recato y el pudor. Estos se emparejan y mantienen relaciones inestables, interpretando el adolescente que esta es una forma natural de vivir, sin tener en cuenta valores como la fidelidad.

¿Qué actividades realizan para la prevención del embarazo adolescente?

Realizamos las consejerías durante la consulta. El paciente llega y primero es atendido por la obstetra, quien realiza la orientación y consejería, luego yo complemento la información en consulta. Hacemos también actividades extramurales, que son desarrolladas en los colegios, con charlas preventivas de educación sexual integral, y el

uso de métodos anticonceptivos. Invitamos a los adolescentes para que acudan a una entidad prestadora de salud para un trato y atención más personalizado.

¿Cuál es la afluencia de adolescentes para recibir consejería?

En verdad es poca: 3 o 4 pacientes diarios. Probablemente ello se debe porque acuden a sus puestos o centros de salud que está más cercano a su casa. Y si en caso tiene el SIS, no le genera ningún gasto de carácter económico.

¿Sabía que la prevalencia del embarazo adolescente se ha incrementado en los últimos años?

Las políticas nacionales de salud establecen objetivos, metas y estrategias que en su totalidad no están cumplidas, porque las partidas presupuestarias para este objetivo no han sido dadas. Por ejemplo, se habla de ambientes diferenciados, pero estos no existen, son los mismos ambientes que se utilizan para la población en general, no proporcionan privacidad, no existe recurso humano suficiente para llevar a cabo, ni capacitación de los mismos. No existe una adecuada coordinación y articulación de los entes participantes de los sectores salud, educación, Gobiernos locales, comunidad, familia, ni mucho menos la evaluación de los avances que permiten mejorar.

¿Cuáles cree que son los factores que impiden al adolescente acudir a las entidades prestadoras de salud para recibir consejería para la prevención del embarazo?

Creo que lo más importante es establecer una relación basada en la confianza y el respeto, hacerle comprender al adolescente que su atención es una buena decisión totalmente privada. Sin embargo, muchas veces esta vinculación entre el adolescente y el profesional no se da y tiene serias limitaciones.

Por otra parte, el conocimiento adecuado del tema, de parte del profesional, deberá ser transmitido con un lenguaje sencillo y fácilmente comprensible por el adolescente. Si bien es cierto que muchos profesionales son eminencias en su campo, pero en muchas oportunidades no saben utilizar un lenguaje pedagógico comprensible,

por lo que el/la adolescente se cohíbe a acudir a estos servicios con la finalidad de recibir consejería.

Asimismo, es muy importante eliminar nuestros prejuicios o conjeturas negativas respecto a la temprana vida sexual de las adolescentes. Nuestro deber es enseñar y sembrar valores en el adolescente, como por ejemplo el respeto, la responsabilidad, la prudencia y la confidencialidad. Si no cumplimos con estas características, es más difícil que las/los adolescentes acudan en nuestra búsqueda.

- **Comentario**

El doctor Mendoza es ginecólogo con dos años de experiencia laboral en la atención a adolescentes. Él caracteriza a la adolescencia como una etapa de cambios de orden biológico, físico y psicológico, que va a estar influenciada por la familia, por el grupo donde se desarrolla, por los medios de comunicación, por su legado cultural. Manifiesta también que las políticas nacionales en torno al tema no se cumplen a cabalidad, porque no están adecuadamente presupuestadas; y lo más limitante, no existe una adecuada articulación de las entidades gubernamentales participantes en este programa.

En lo que respecta al personal profesional, señala que es muy importante que estos profesionales establezcan una adecuada relación con el adolescente, basada en el respeto, la confianza y la confidencialidad. El personal debe estar adecuadamente capacitado, y el lenguaje que utilice debe ser sencillo y comprensible, eliminando posibles conjeturas y prejuicios.

- e. Entrevista a la doctora Sandoval**

La doctora Sandoval tiene 54 años de edad, su especialidad es ginecobstetricia, posee 14 años de experiencia profesional en la especialidad, y atendiendo a adolescentes desde hace 10 años en el Consultorio Juvenil.

¿Cuál es generalmente el motivo de consulta en este servicio?

Las adolescentes que llegan al servicio, muchas de ellas ya están gestando y lo que se realiza es el control y la consejería de cómo cuidarse durante el período de gestación. Otro grupo puede acudir cuando hay una disfunción en la presentación de la

menstruación o sufren infecciones de origen vaginal; otro grupo acude para recibir educación sexual.

¿Cree que es necesario brindar educación sexual integral a los adolescentes?

Pienso que es muy importante educar a los adolescentes en lo referente al desarrollo de su sexualidad. Recordemos que las cifras de embarazos adolescentes están en ascenso y por lo menos el 50% de ellos son no deseados. Siempre se menciona que la niñez es el futuro de nuestro país, pero dónde quedan los adolescentes. En esta etapa de la vida es donde existen tantos cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, y es cuando más necesitan de los adultos para orientarlos, reforzar normas, valores, enseñarles los pro y los contra en la toma de decisiones.

Es triste ver madres tan jóvenes, niñas que cuidan niñas, no saben dar de lactar, tienen temor de tocar o cambiar la ropita a su bebé. La gran mayoría no forma una nueva familia, porque su pareja es otro adolescente, y tiene que regresar a su hogar, que además tiene carencias económicas. El mantenimiento de un bebé es caro, solo en pañales tiene un gasto aproximado de 300 a 400 soles mensuales, y si no le da lactancia materna exclusiva, tendrá que darle una leche adicional, lo que incrementa el gasto hasta en 400 soles más, la ropita que se va a poner y si se enferma son gastos extras; es decir aproximadamente un sueldo básico. Las necesidades irán variando con el tiempo y la madre también necesitará dinero para cubrir sus necesidades.

Otro de los problemas que vemos con frecuencia son las enfermedades infecto-contagiosas como el VIH/SIDA, sífilis y otras infecciones sexuales. Si se inician sexualmente en forma precoz, la actividad sexual se realiza sin la protección adecuada, quedando expuesta a contraer el papiloma virus humano, responsable del cáncer de cuello uterino, segunda causa de muerte en el sexo femenino.

¿Qué material utilizan para realizar educación sexual integral?

En el servicio tenemos rota folios, trípticos, maquetas, los que nos sirven para hacer más didáctica las charlas. Les hablamos de los cambios biológicos, pero ponemos énfasis en la función que estos tienen, educándolos en el bienestar y derecho a llevar una vida saludable, libertad de poder elegir con responsabilidad su futuro familiar, social.

¿Por qué cree usted que hay poca concurrencia de los adolescentes para recibir educación y consejería?

A mi modo de ver, creo que hay dos problemas principales que limitan la asistencia de los adolescentes a los consultorios con la finalidad de recibir educación en salud sexual reproductiva y consejería.

El primero referido a los adolescentes. Estos no confían en la gente mayor, tienen vergüenza de ser vistos y atendidos por personas muchas veces desconocidos para ellos, y que nos les ofrecen un trato adecuado para su edad.

El segundo está referido al hospital, por la infraestructura y ubicación del consultorio que está ubicado al lado opuesto a la entrada principal, más o menos a una cuadra de distancia, con ambientes poco atractivos y diseñados para adultos, personal de vigilancia hostil y poco empático, que continuamente cuestiona por qué los adolescentes acuden al hospital. Por otra parte, influye la cuestión económica. Generalmente no tienen los recursos necesarios para el pago de la consulta y atención. Finalmente, de repente la edad y el aspecto físico del personal no les da confianza, y en otros casos por el hecho de utilizar un lenguaje muy técnico.

- **Comentario**

La doctora Sandoval es una profesional de la salud con una vasta experiencia que opina que el adolescente debe ser capacitado en educación sexual integral, no solo por los cambios propios de su grupo etario, sino también para evitar la iniciación sexual precoz sin las medidas que le permitan gozar de una vida sexual plena y saludable. Con esto se busca evitar también el incremento de la pobreza, desigualdades, deserción escolar, baja escolaridad y, sobre todo, porque el 50% de los embarazos en adolescentes son no deseados.

En relación a los factores en el personal de salud que limitan a los adolescentes acudir al hospital, considera que puede ser porque no se establece una relación basada en la confianza o el hecho de utilizar lenguaje técnico incomprensible para los adolescentes; y en otras oportunidades, por el trato hostil y poco amigable de los encargados de la vigilancia interna y externa del hospital. A esto le suma la ubicación del consultorio y los recursos con los que pueden contar los adolescentes para atenderse.

6.2 Resultados cuantitativos

Como dice Julio Mejía Navarrete (2002, p. 42), “la investigación social cuantitativa es la que utiliza números, magnitudes para dar cuenta de los objetos-unidades de análisis en el plano empírico, mientras en el plano teórico incluye los números para representar los conceptos y proposiciones de la realidad social”. Esta investigación opera mediante la medición de fenómenos sociales, como en este caso el embarazo precoz o no deseado de las adolescentes. Asimismo, nos permite generar una ruptura cuantitativa de los “saberes cotidianos”. De esta forma, la realidad social se construye conceptualmente, aunque de forma “fiscalista”. Por ello habría que tomar precauciones en su aplicación, al tener una lógica estadística en donde puede verse excluido el “sentido y la significación de la acción humana.”⁴³ Para ello será importante la interpretación de la información aquí consignada.

a. Cuestión I: datos demográficos

Fueron encuestados 205 adolescentes, cuyas edades fluctúan entre los 15-19 años de edad. Los adolescentes de 15 y 16 años representan el 31.2 % respectivamente de la población encuestada, haciendo un total de 62.4%, dos terceras partes del total de la población. Los adolescentes de 18 y 19 años de edad constituyeron el menor grupo, representando entre 7.8% y 6.3% de la muestra respectivamente.

A continuación, se presenta los hallazgos en lo que respecta a esta parte de la investigación cuantitativa:⁴⁴

Tabla 1

Edad de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

⁴³ “La investigación cuantitativa busca acercarse a la realidad social desde la adición de las propiedades de los sujetos *atomizados*. La realidad social es resultante de los atributos individuales que componen la sociedad. Es decir, la sociedad tiene propiedades *aditivas*, es resultado de la agregación de las propiedades y características de sus componentes individuales, no existen propiedades globales emergentes” (Mejía Navarrete, 2002, p. 44).

⁴⁴ Las fuentes de las siguientes fuentes y gráficos provienen de nuestro registro de pacientes encuestados en consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Gineco-Obstetricia del HNAL, durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	64	31.2
16	64	31.2
17	48	23.4
18	16	7.8
19	13	6.3
Total	205	100.0

Los porcentajes de adolescentes que acuden a consulta externa en los servicios de pediatría y ginecología, son muy acotados, y con muy poca frecuencia, para un establecimiento de salud de la categoría y prestigio del HNAL.

Teniendo en cuenta que la salud sexual precoz en las adolescentes es un problema de salud pública, se debería realizar una acción social comunicativa y movilizadora para optimizar de mejor manera el uso de estos servicios de salud pública.

Tabla 2

Género de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	148	72.2
Masculino	57	27.8
Total	205	100.0

De los adolescentes encuestados el género femenino es el que predomina con 72.2%, a diferencia del género masculino con 27.8%. Este dato debería servir para indagar las causas de por qué los varones no acuden con mayor frecuencia a estos servicios para recibir información adecuada sobre su vida sexual.

El género femenino predomina probablemente por dos razones: el HNAL es referencial para pacientes del género femenino en su gran mayoría, y las encuestas fueron realizadas en consultorios externos donde acuden pacientes hombres y mujeres, pero en los servicios de hospitalización de obstetricia solo son atendidas pacientes mujeres

Tabla 3

Grado de instrucción de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Grado de instrucción	Porcentaje
Secundaria completa	10.2
Secundaria incompleta	80.5
Superior	6.8
Técnico	2.4
Total	100.0

El grado de instrucción de los pacientes encuestados, la mayoría de ellos/ellas tienen educación secundaria incompleta que alcanza el 80.5%, a diferencia de los que tienen secundaria completa que alcanza al 10.2 %; y seguidos de aquellos que se encuentran cursando estudios superiores que alcanza el 6.8% de la población encuestada respectivamente.

Este dato es muy importante para que los profesionales involucrados en el diseño y ejecución de estas políticas de salud sexual reproductiva diseñen las estrategias más adecuadas para evitar los embarazos en las adolescentes, los que constituyen un problema de salud pública. y representan obstáculo para una mejor calidad de vida y el desarrollo humano tanto de la pareja de adolescentes, así como para el nuevo ser que han concebido.

Tabla 4

Pacientes que repitieron de año escolar por gestación, de los encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Repetición de año por gestación	Frecuencia	Porcentaje
No	182	88.7%

Sí	23	11.3%
Total	205	100%

Repitió el año escolar por gestación el 11.3% de la población encuestada. Cifra que se incrementa al considerar solo género femenino a 15.54%. Esta situación es determinante en la agudización de la desigualdad y la pobreza. Los hijos de adolescentes y sus familias tienen menos posibilidades de terminar el ciclo escolar y, por ende, oportunidades reducidas para una mejor calidad de vida y de participar en el mercado de trabajo, y en consecuencia tendrán severas restricciones para una vida más humana y digna. Se trata de un “círculo perverso de la pobreza” regresivo y excluyente.

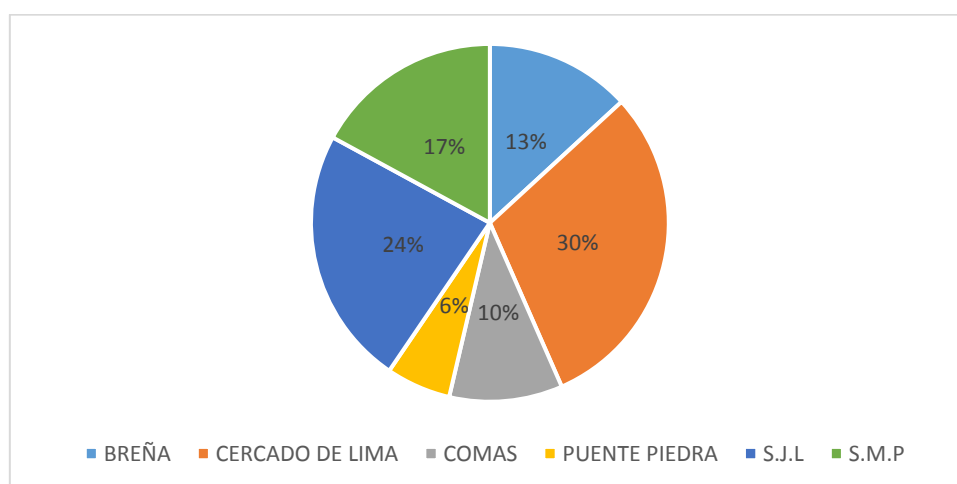


Gráfico 1. Procedencia de los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

El mayor número de adolescentes procede del Cercado de Lima 30.2%, probablemente por la ubicación geográfica cercana del HNAL, sin dejar de ser menos representativos los distritos populosos de San Juan de Lurigancho con 24%, San Martín de Porres con 17%, Comas con 10% y Puente Piedra con 6%, respectivamente.

Este dato es muy importante, porque nos permite visibilizar que los/las adolescentes de los distritos más populosos de Lima Metropolitana que acuden a estos servicios tienen serios problemas sociales y económicos, debido a la situación por la

que atraviesan, y porque al ser madres o padres a muy temprana edad estarán truncando su desarrollo presente y futuro.

No deberíamos de perder de vista que un Estado y una sociedad que no toman en cuenta el desarrollo integral de sus adolescentes y jóvenes, simplemente los estarán condenando a que sobrevivan en medio de la pobreza y pobreza extrema. Este debería ser un tema central de preocupación de gobernantes y miembros de la sociedad civil. Los altos grados de desigualdad y exclusión que persisten en el Perú deberían marcar nuestras reflexiones, ahora más que nunca, para evitar la frustración de los/as adolescentes y jóvenes y sus familias.

Cuestión II: Antecedentes

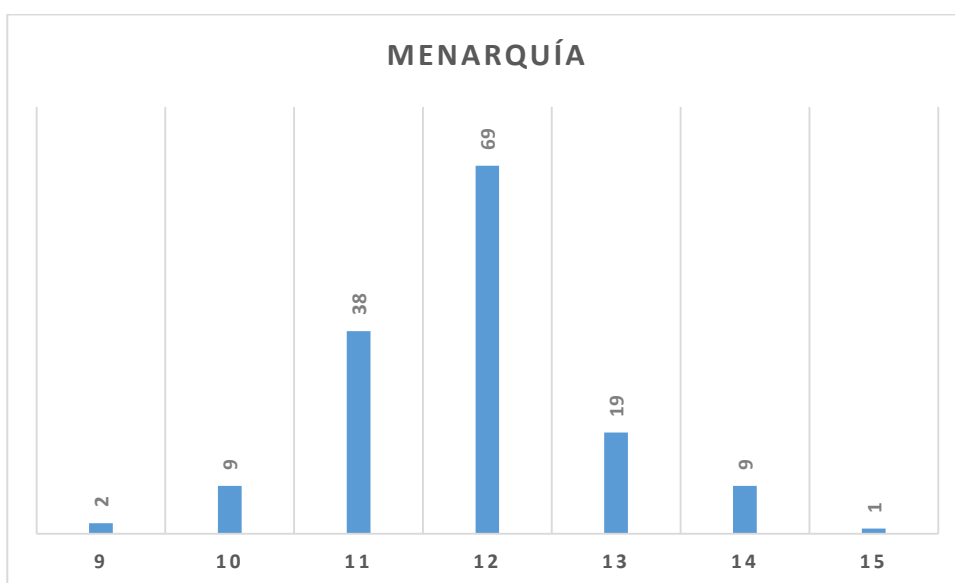


Gráfico 2. Edad de menarquia de pacientes encuestadas de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

El inicio de la menstruación se registró con mayor frecuencia en las adolescentes de 12 años de edad, siguiendo las de 11 años de edad como promedio. Con estos datos, se

hace necesario priorizar la educación preventiva promocional en temas referidos a la salud sexual reproductiva.

La salud es el gran catalizador para evitar caer en el círculo perverso en relación a la pobreza. La salud en la niñez y adolescencia, por sus mismas características, es una herramienta útil para mejorar la inequidad existente en la sociedad. En consecuencia, es posible lograr avances importantes en salud: cobertura, acceso, información oportuna, que ayudará a mejorar la calidad de vida y el desarrollo humano de la adolescencia y la familia.

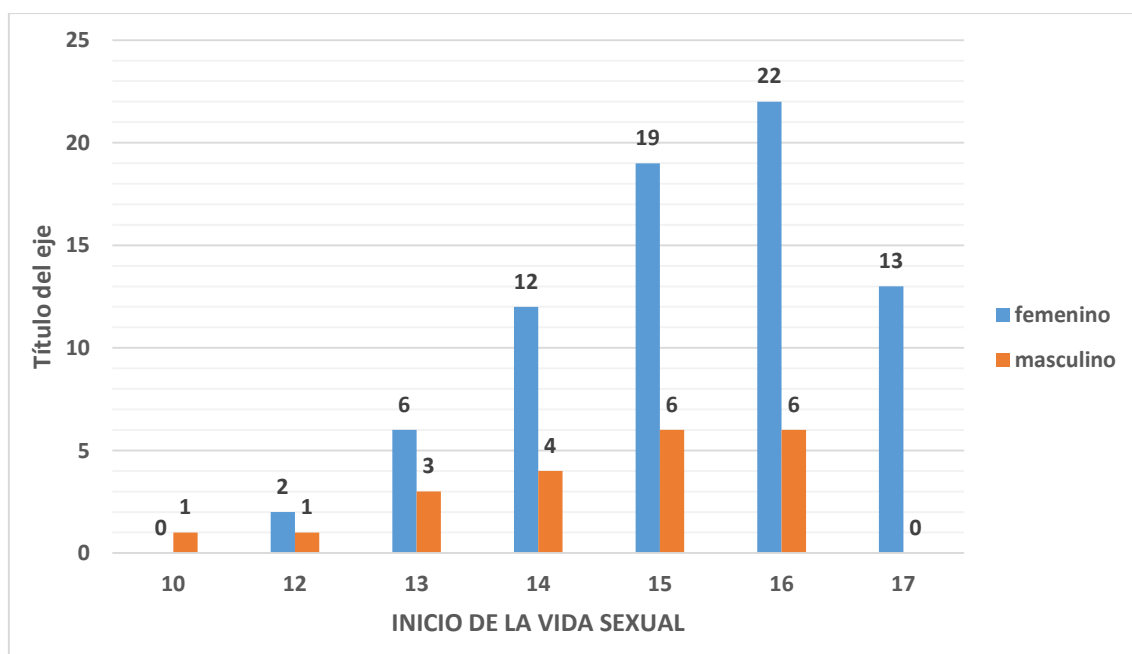


Gráfico 3. Edad de inicio de la vida sexual de pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

El inicio de la vida sexual es más numeroso en el sexo femenino que en el masculino. Esta situación tiene que llevar a las familias y a los profesionales de la salud a un replanteo sobre qué causa los problemas en salud sexual reproductiva.

Los altos niveles de inequidad, de donde provienen las adolescentes embarazadas, tienen que llevar al Estado a un replanteamiento de sus políticas de lucha contra la pobreza y los embarazos de las adolescentes, promoviendo la organización y

movilización en materia de servicios, como educación y salud, porque influirán de manera tangible en los resultados de la salud sexual reproductiva. Solo de esta manera se podrá enfrentar con éxito este multicausal problema, que cada día afecta de manera exponencial la vida de los adolescentes de los sectores populares en Lima Metropolitana.

Cuestión III: en relación con las entidades prestadoras de salud, ¿ha recibido educación sobre su desarrollo sexual?

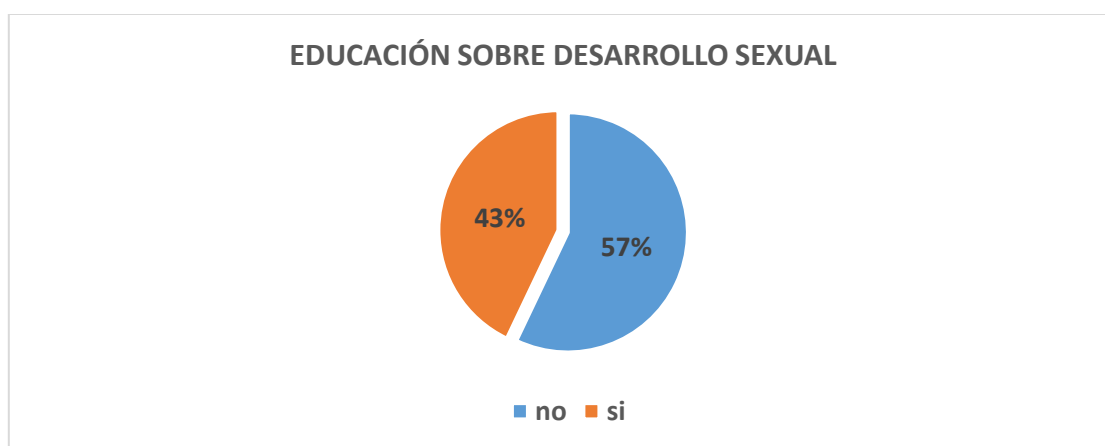


Gráfico 4. Educación sobre desarrollo sexual en pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecología del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

El 43% de la población adolescente encuestada recibió educación sexual a cargo del personal profesional; y también de parte de los padres de familia, generalmente la madre, tutores y psicólogos.

El 57% de adolescentes manifiestan que no recibieron educación sobre su desarrollo sexual reproductivo por parte del personal de salud, pero sí por parte de otros actores, resultando con mayor frecuencia la recepción de información por parte de sus

tutores, o la madre. Debemos destacar que los adolescentes refieren que los psicólogos son las profesionales que con mayor frecuencia y regularidad brindaron información sobre la salud sexual reproductiva a los/as adolescentes.

Por otra parte, un hecho que debería llamar la atención es que el internet constituye una fuente de menor de información sobre el desarrollo sexual reproductivo de los adolescentes. Habría que tomar en cuenta que actualmente nos encontramos inmersos en una sociedad red. Tendríamos que aprovechar la potencia de las “tecnologías de la información y comunicación” TIC para desencadenar acciones educativas al respecto, ya que actualmente el embarazo precoz en las adolescentes constituye un problema de salud pública. Por tanto, se debería utilizar los TIC para educar y prevenir oportunamente este fenómeno social del embarazo precoz de las adolescentes.

No deberíamos perder de vista que una adolescente que se convierte en madre, sin estar preparada psicológica y económicamente, estará truncando su desarrollo integral, así como del niño que ha concebido, y convirtiéndose en una carga tanto para su pareja como para su familia, que en una gran mayoría vive sometida a carencias económicas y laborales, en una sociedad como la nuestra, donde campea la informalidad por la falta de trabajo digno y bien remunerado, lo que limita el logro de una mejor calidad de vida y atenta contra el desarrollo humano.

¿Qué entiende por salud sexual reproductiva?

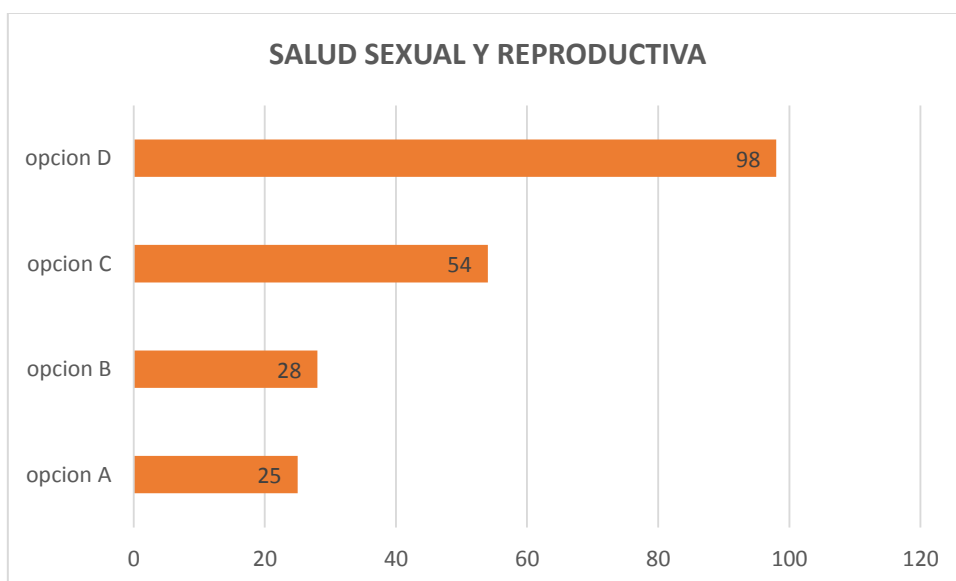


Gráfico 5. Respuestas sobre concepto salud sexual y reproductiva en pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

La mayoría de adolescentes (52%) desconoce el significado de salud sexual. Las alternativas enunciadas ayudan a dar una respuesta certera, sin embargo, solo el 48% escogió la alternativa sentirse bien física, mental y socialmente con su sexualidad, existiendo un alto porcentaje de 26.3 % que confunde la salud sexual con el hecho de utilizar métodos anticonceptivos, el 13.6% de adolescentes confunden la salud sexual reproductiva con el hecho de tener relaciones sexuales, y un 12.1% lo asocian con poder tener hijos.

Estos hallazgos nos hacen afirmar que el tema de la salud sexual reproductiva todavía no está siendo encarado con mayor profesionalismo, orientado a la educación preventiva promocional, y ni mucho menos con una estrategia de trabajar los proyectos de vida presente y futuro con el/la adolescente.

¿Considera usted que la información dada por sus padres o en el colegio debe ser reforzada por el personal de salud especializado?

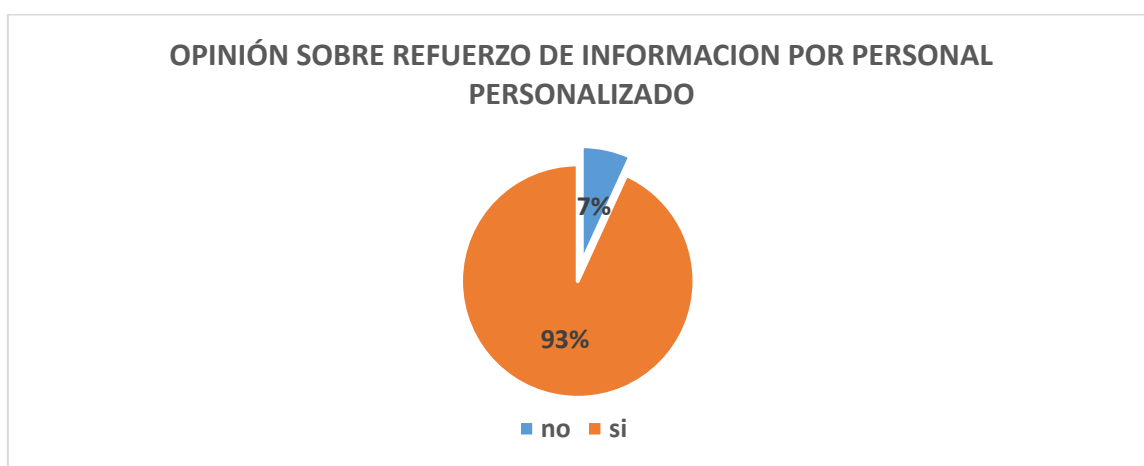


Gráfico 6. Opinión sobre si la información dada por sus padres o por el colegio debe ser reforzada por un personal de salud especializado en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de

Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Un 93% opina que la información brindada en sus casas por sus padres, o en el colegio por sus tutores o psicólogos debe ser reforzado por un personal de salud altamente capacitado. Sin embargo, este deseo de los adolescentes no se puede cumplir, porque la salud pública está casi colapsada, por los altos índices de afluencia de pacientes que acuden al HNAL, la precariedad de los servicios y el limitado número de profesionales que no ayudan a brindar información personalizada.

Ante las carencias económicas y de profesionales de la salud que se dediquen a promover hábitos de vida saludable, especialmente para los adolescentes más pobres, priorizando a los niños, niñas, adolescentes, y madres adolescentes, se hace necesario fortalecer las redes comunitarias en salud con la participación protagónica de la ciudadanía. Si no hacemos esto, mañana será demasiado tarde.

¿Cuáles son las características del personal de salud que brindó atención al paciente?

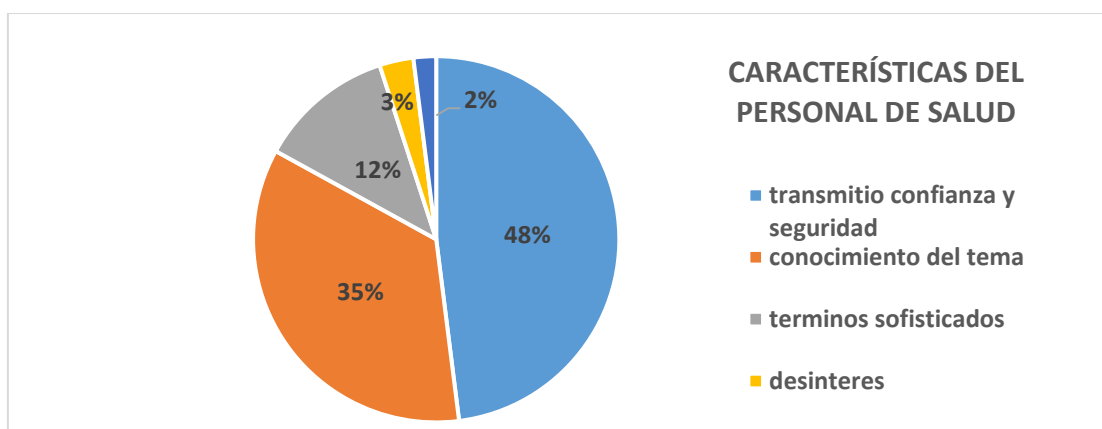


Gráfico 7. Características del personal de salud que brindó atención al paciente en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Entre las características que destacaron en el personal de salud durante el tiempo que brindó información y consejería están los prejuicios con un 2%, desinterés por la

problemática del adolescente con 3%, uso de términos sofisticados que dificultan el entendimiento de la información con un 12%. Por otra parte, el 35% de adolescentes afirma que el personal de salud tiene conocimiento del tema 35%, y solo un 48% manifestó que el personal de salud le transmitió confianza y seguridad.

En efecto, una de las deficiencias que tiene el personal de salud que interactúa con los adolescentes es su poca empatía, displicencia, o en algunos casos su poco interés por involucrarse en los problemas del “otro”, del diferente. Por ello, el personal de salud debería aprender a reconocer la condición humana de los adolescentes, que es uno de los pilares de la medicina comunitaria.

Entonces, consideramos que es el momento de darle un rostro más humano a las relaciones cotidianas que mantiene el personal de salud con los adolescentes que asisten a los servicios de salud sexual reproductiva. Solo así estaremos en la capacidad de ofrecer a los adolescentes espacios de escucha y confianza mutua.

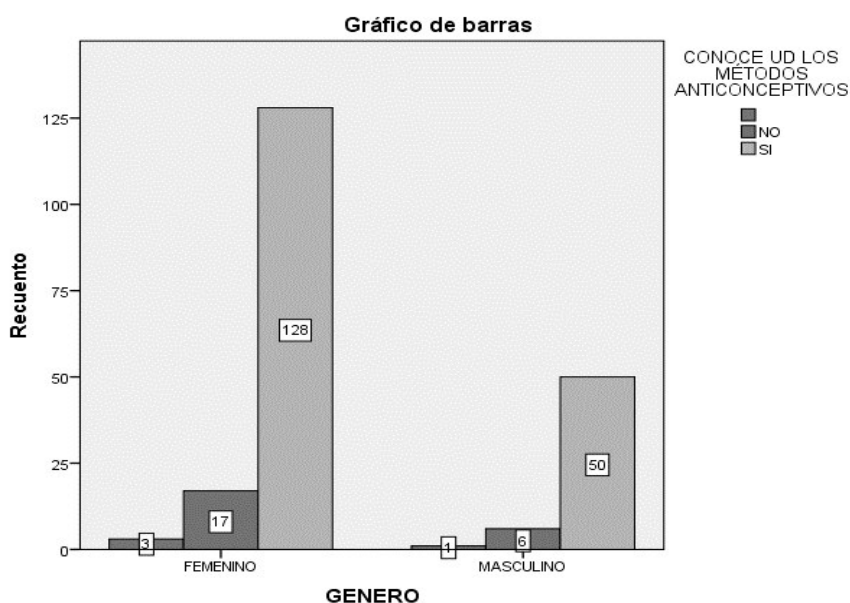


Gráfico 8. Conocimiento de uso de métodos anticonceptivos según el género en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Más del 85% de encuestados, tanto del género masculino como del género femenino, refieren tener conocimientos de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, en una sociedad machista como la peruana, los varones no hacen uso de estos métodos

anticonceptivos y muchas veces procrean hijos irresponsablemente. Una de sus consecuencias negativas es la emergencia de comportamientos violentos, no solo contra las mujeres, sino también contra niños y adolescentes.

Por ello, actualmente estamos asistiendo a un alto porcentaje de feminicidios, debido a que un alto porcentaje de padres que violentan a sus hijos fueron maltratados también de niños, y no fueron adecuadamente ayudados, ni mucho menos protegidos por la familia y por la misma sociedad, con la finalidad de superar estas experiencias dañinas que terminan repercutiendo de una generación a otra.

Conocimiento sobre el Programa de Planificación Familiar

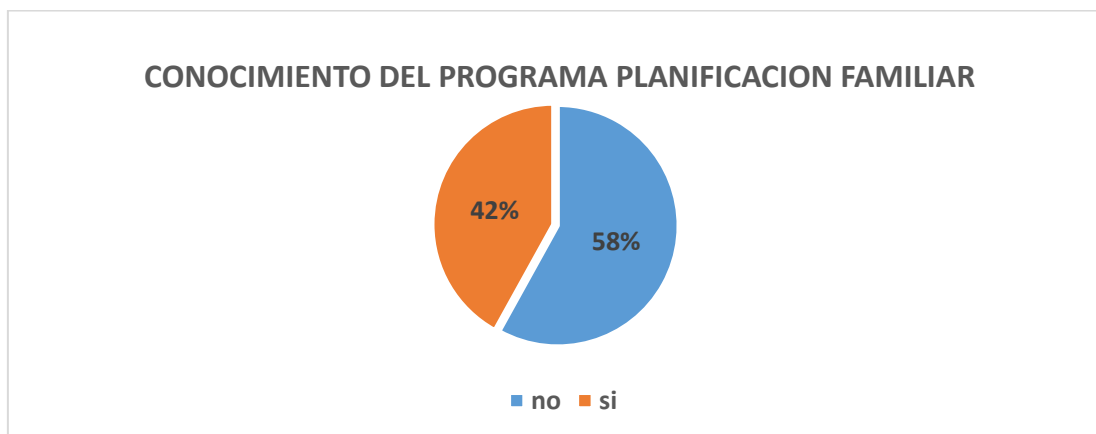


Gráfico 9. Conocimiento del Programa de Planificación Familiar en pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

El 58% de los encuestados no tiene conocimiento de planificación familiar, lo que constituye un alto porcentaje, si comparamos que solo el 42% de adolescentes está informado sobre las bondades de la planificación familiar, para evitar una numerosa carga demográfica de hijos en un país con muy pocas oportunidades laborales para las/los adolescentes y jóvenes.

Si se planifica la familia, será una buena oportunidad para que los/as adolescentes y jóvenes estén en la capacidad de ofrecer a sus hijos las mejores oportunidades para los estudios y el logro de una profesión que coadyuvará a una mejor

calidad de vida y desarrollo humano, a fin de construir una sociedad más humana, con justicia, libertad y dignidad.

¿Considera que la educación sexual y planificación familiar en el adolescente deber ser en un ambiente que sea diferenciado del que se brinda al adulto?

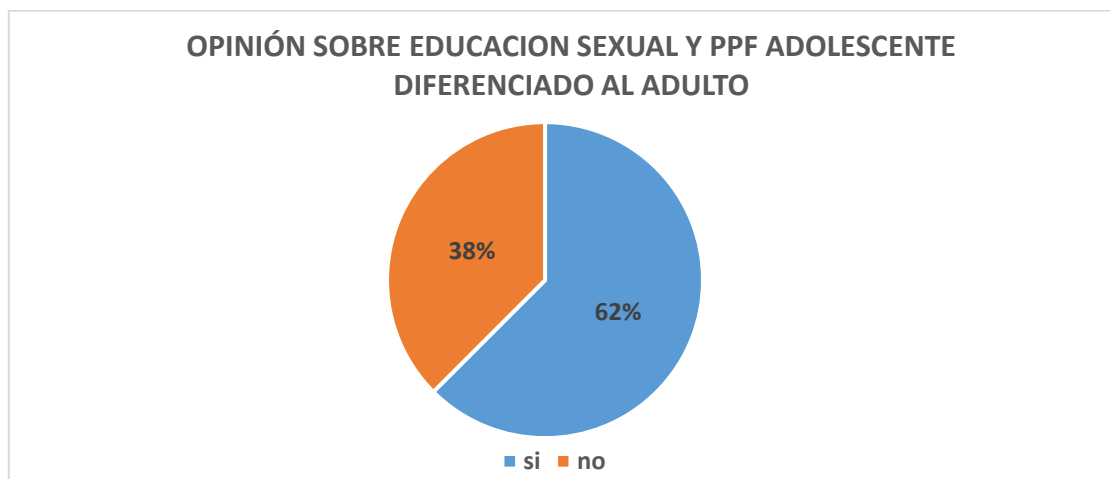


Gráfico 10. Opinión sobre si la educación sexual y planificación familiar en el adolescente debe ser un tema que sea diferenciado del que se brinda al adulto en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de pediatría y de ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016.

El 62.5% opina que la educación sexual en el adolescente debe ser un tema diferenciado al que se le brinda al adulto. En efecto, actualmente este es un grave problema en los servicios de salud pública, por la misma precariedad de los consultorios, falta de ambientes saludables y cálidos, debido a los exiguos presupuestos que impiden a los profesionales ofrecer programas de maternidad saludable, planificación familiar con libre elección de los métodos y sin coerción, y educación sexual que prevenga los embarazos precoces de las adolescentes.

Esta cuestión es una tarea pendiente de las políticas públicas en salud, dirigida a las/los adolescentes, cuyo objetivo principal tiene que ser la búsqueda de una mejor calidad de vida y desarrollo humano de este numeroso grupo etario de la sociedad, porque ellos constituyen el presente y el futuro del Perú.

¿Cuáles cree que son los factores que lo limitan para acudir a los servicios de salud reproductiva?

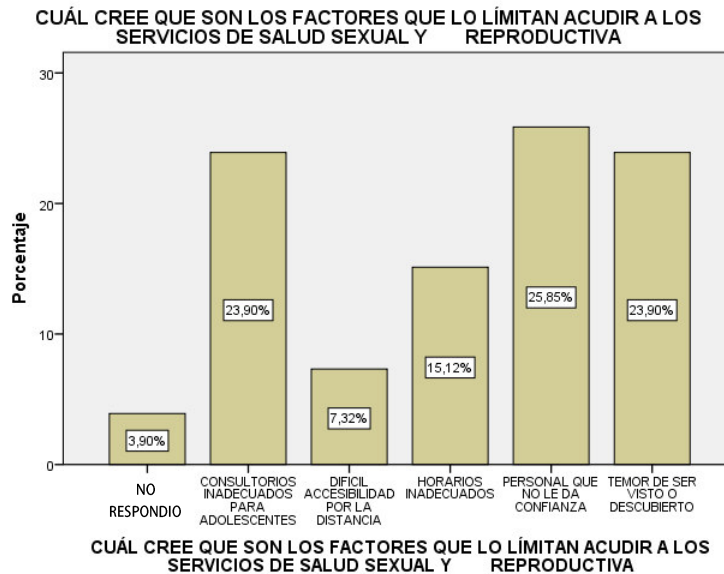


Gráfico 11. Factores que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

Los factores que limitan a que los adolescentes acudan a los servicios de salud sexual y reproductiva se debe a que el personal que los atiende nos les inspira mayor confianza y empatía un 25.9%, y seguido del 23.9% que dicen tener temor o miedo a ser vistos en estos servicios, y también porque los consultorios son inadecuados para recibir en ambiente cálido a los adolescentes.

Ante estas carencias, desde la sociedad civil y las mismas organizaciones de los adolescentes se tiene que exigir al Estado la implementación de un sistema social de salud que respete las necesidades humanas de los/as adolescentes y los derechos de las personas, y que además se muestren interesados por resolver el problema de los embarazos no deseados de las adolescentes.

¿Qué horarios serían más adecuados para la atención?

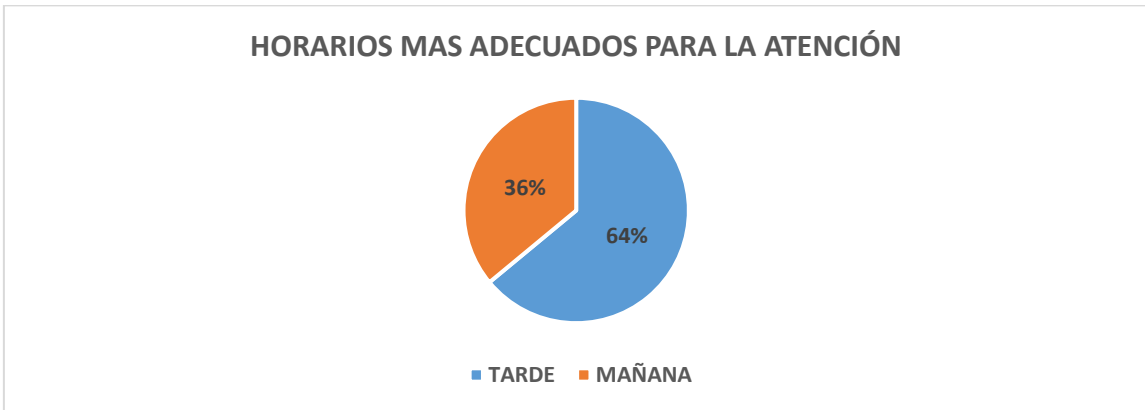


Gráfico 12. Opinión de horarios más adecuados para la atención en los pacientes encuestados de 15 a 19 años de edad que acuden a consulta externa y hospitalizados en el servicio de Pediatría y de Ginecobstetricia del HNAL durante el período comprendido entre octubre a diciembre del año 2016

El horario para brindar atención en las entidades prestadoras de salud en su mayoría se da en el turno de la tarde, donde asisten el 64% de adolescentes, lo que ya de por sí constituyen un problema, por la alta concentración de personas ávidas de atención. Solo el 36% asisten en el turno de la mañana.

Revertir esta problemática requiere que los decisores de las políticas públicas de salud estén en la mejor disposición de asignar un mayor número de profesionales, consultorios adecuados y saludables, pero lo más importante con los presupuestos suficientes y adecuados para este objetivo es mejorar la atención de la salud sexual.

CONCLUSIONES

- El embarazo durante la adolescencia constituye un problema de salud pública, porque el presente y el futuro de la madre y la del niño se ven interrumpidos en la formación educativa, ya sea por deserción escolar o pérdida del año escolar. Así, tendrá que asumir la responsabilidad de la crianza del niño y con ello los gastos que implica. Además, las oportunidades de trabajo serán menores, con bajas remuneraciones; hechos que traerán pobreza, dependencia y exclusión social.
- El 50% de los embarazos en las adolescentes en el Perú no son deseados. Un tercio de ellas no cuenta con ningún tipo de información sobre la salud sexual reproductiva, planificación familiar y paternidad responsable. No obstante que está demostrado que la educación, salud y nutrición de las madres adolescentes constituyen un factor clave para la supervivencia y desarrollo pleno de la madre adolescente y el niño por nacer. Sin embargo, en las políticas públicas en salud estos temas no se abordan integralmente
- El embarazo adolescente se ha incrementado a un 13.4% porque los diferentes Gobiernos democráticos durante las tres últimas décadas han adoptado el modelo económico neoliberal que acentúa las brechas de pobreza y desigualdad. El 54.8% de la población peruana vive en condiciones de pobreza y 24.4% en pobreza extrema. El 40.4% de los miembros en los hogares son menores de 15 años. Niños niñas y adolescentes forman el grupo etario de mayor exclusión de la sociedad, por consiguiente, el de mayor vulnerabilidad en una sociedad carente de derechos, como se ha evidenciado en las historias de vida.
- No obstante los altos índices de crecimiento económico del PBI, estos no se han visto reflejados en las políticas públicas en salud de calidad. Las políticas sociales han tenido un enfoque asistencialista y de clientelaje político, con la lógica del “derrame”, “goteo” o “chorreo”, que solo alivia la pobreza, pero no contribuye a la satisfacción de las necesidades básicas de los/as adolescentes, negándoles las oportunidades para desarrollar sus capacidades, a fin de tener una mejor calidad de vida y desarrollo humano. Se ha descuidado la inversión social en educación y salud, que debe tener como finalidad buscar la inclusión social y

el desarrollo sostenible, y no se ha realizado los esfuerzos necesarios para promover la participación protagónica de los niños adolescentes y familias de las diferentes regiones del Perú.

- El 38% de la población adolescente no cuenta con ningún seguro de salud y protección social de parte del Estado. En la evaluación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia-PNAIA 2012-2021 se afirma que existe una desarticulación entre lo propuesto y lo ejecutado, lo que se refleja en el incremento y la prevalencia del embarazo adolescente.
- En las entrevistas a profundidad, el personal de salud afirma que la educación sexual integral en el adolescente es muy importante y necesaria para su desarrollo pleno, tanto biológico, psicológico y social. Otro hallazgo es que los adolescentes que asisten a los servicios de salud sexual reproductiva, por una parte, sienten temor a ser vistos y, por otra parte, tienen vergüenza de preguntar sobre temas íntimos de sexualidad, por la desconfianza que le generan la imagen del adulto.
- En la atención a los adolescentes se requiere contar con ambientes físicos amigables, con horarios adecuados y con el personal de salud altamente capacitado para establecer una vinculación empática basada en el respeto, la confianza y la confidencialidad; y que transmitan sus conocimientos con un lenguaje sencillo y comprensible, despojados de prejuicios que estigmaticen y discriminen. Sin embargo, en los servicios de salud sexual reproductiva se carecen de estos requisitos.
- La prevención del embarazo adolescente es una tarea multiparticipativa y multisectorial, en la que el MINSA sea el ente rector para que articule a todos los sectores comprometidos y así desarrollar estrategias en los diferentes espacios donde se desarrollen los adolescentes: seno familiar, comunidad, colegios, postas médicas, etc. Se promueve así la comunicación entre padres e hijos mediante charlas educativas, formación de pares, entrega de material para prevención del embarazo adolescente, trípticos, condones, etc., además de proyectar videos que puedan ser vistos durante las charlas o colgados en la red informática.
- Menos del 50% de la población adolescente tiene noción sobre salud sexual y reproductiva, a pesar que en algún momento manifiesta haber recibido

información de parte del personal de salud u otros, lo que nos demuestra que la educación sexual reproductiva no es un tema que debe abordarse una sola vez, sino que requiere del compromiso de los padres de familia, instituciones educativas, entidades prestadoras de salud, medios de comunicación y otros para brindar una adecuada educación sexual a los y las adolescentes.

- La investigación realizada por la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 1994 descubrió que las principales fuentes donde los adolescentes obtuvieron información sobre salud sexual reproductiva han sido la escuela y la familia. Los tutores y psicólogos en la escuela, además de los padres, sobre todo las madres, son quienes brindan dicha información. Estos datos coinciden con nuestra investigación, a la que habría que considerar, actualizando los tiempos, el importante uso del internet.
- Teniendo en cuenta los altos índices de embarazos adolescentes, el Estado no protege a este sector de la población, conforme los compromisos asumidos como parte de la CDN. Los planes y programas de educación sexual reproductiva son muy limitados y no benefician a la mayoría de los/adolescentes, descuidando el goce pleno de los derechos sociales, económicos y culturales.

RECOMENDACIONES

- El Estado peruano debe asumir la responsabilidad de promover políticas públicas de educación y salud, conforme los postulados de la CDN, que estén dirigidas a disminuir la pobreza y pobreza extrema, cerrando la brecha de desigualdad. El crecimiento del PBI debería verse reflejado en una mejor calidad de vida y desarrollo humano de los niños, adolescentes y sus familias, brindando a los padres de familia mejores oportunidades para un trabajo digno, con salarios justos y de esta manera ser partícipes de acceso universal a los servicios públicos.
- Los planes estratégicos para la educación sexual reproductiva a nivel nacional deberían estar adecuadamente financiados, articulados y ser evaluados permanentemente, para así corregir rápidamente los errores, como por ejemplo las filtraciones.
- El Estado en sus diferentes niveles, nacional, regional y local, debería promover y formar equipos de trabajo multidisciplinarios (médicos, psicólogos, obstetras, trabajadores sociales, educadores), con la participación protagónica de padres, adolescentes, tutores y autoridades locales, brindando capacitación y orientación permanente a los adolescentes para un sano desarrollo sexual y reproductivo.
- El Estado y los Gobiernos nacional, regional y local deberían organizar campañas permanentes de movilización social para educar a la comunidad en la prevención del embarazo adolescente no deseado, por constituir actualmente un problema de salud pública.
- El Estado, los Gobiernos nacional regional, local, además de la sociedad civil, deberían promover la organización de los adolescentes, así como también de educadores y promotores de pares, con la finalidad de lograr que acudan a los servicios de salud sexual reproductiva para evitar los altos índices de embarazo adolescente. También se debe capacitar al personal de salud para que brinde educación sexual reproductiva, bajo los principios rectores de calidad, calidez, privacidad y confidencialidad.
- La educación sexual no solo debe inferir temas que incluyan los cambios anatómicos, hormonales y psicológicos del adolescente, sino también orientarlos

con temas de planificación familiar y paternidad responsable, promoviendo el conocimiento de la existencia de diferentes métodos anticonceptivos.

- Una responsabilidad del Estado es mejorar en los establecimientos de salud y las áreas de atención de los adolescentes con consultorios saludables y con horarios adecuados que satisfagan las necesidades específicas de los adolescentes. Para ello, el MINSA deberá contar con un presupuesto adecuado y un equipo de profesionales de la salud comprometido con los adolescentes para que tengan una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIGA, Carlos (2010). Embarazo en inmigrantes: variables socioeconómicas, gineco-obstétricas y neonatales. *Gaceta Médica*, 146(3), 169. Lima.
- BARNECHEA, Alfredo (2001). *Para salir del laberinto. Del neoliberalismo a la nueva socialdemocracia*. Lima: Taurus.
- BAUMAN, Zygmunt (2006). *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Buenos Aires: Paidós.
- BAUMAN, Zygmunt (2005a). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BAUMAN, Zygmunt (2005b). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BÉJAR, Héctor (2001). *Política social, justicia social*. Lima: CEDEP.
- BÉJAR, Héctor (1973). *Las guerrillas de 1965: balance y perspectiva*. Lima: Peisa.
- BETETA OBREROS, Edmundo y DEL POZO SEGURA, Juan Manuel (2017). *Aplicación de una metodología para el análisis de las desigualdades socioeconómicas en acceso a servicios de salud y educación en Perú en 2005-2012*. En *Exclusión e inclusión social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- BOURDIEU, Pierre (2005). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- BOURDIEU, Pierre (2002). *Pensamiento y acción*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- CARAVEDO, Baltazar (1969). *Psiquiatría y familia*. Lima: Consejo Nacional de Menores.
- CARPIO, Teresa (2010). *Situación de la infancia del Perú y acciones para fortalecer sus derechos*. Lima: Save The Children.
- CASTILLO RÍOS, Carlos (1969). *Los niños del Perú, clases sociales, ideología y política*. Lima: Ediciones Realidad Nacional.
- CEDILLO, Nataly (2006). Estado nutricional de las adolescentes embarazadas relación con el crecimiento fetal. *Revista Obstétrica Ginecológica*. Caracas.
- CEPAL (2018). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL, UNICEF (2018). *América Latina a 30 años de aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Santiago de Chile: CEPAL-UNICEF.

- CHIROQUE CHUNGA, Sigfredo (2005). *Perú: cuando la educación todavía es esperanza*. Lima: Govern de les Illes Balears.
- COSAMALON, Jesús (2018). *El Apocalipsis a la vuelta de la esquina. Lima, la crisis y sus supervivientes (1980-2000)*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- CUSSIANOVICH V., Alejandro (2018). *La ternura como virtud política*. Lima: INFANT.
- CUSSIANOVICH, Alejandro, Erika ALFAGEME, Fabrizio ARENAS, Jorge CASTRO y José R. OVIEDO (2001). *La infancia en los escenarios futuros*. Lima: Fondo Editorial Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- CRUZADO SILVERII, Edgardo (2017). Territorios y gestión por resultados en la población social: el caso del P20 en el Midis. *Exclusión e inclusión social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- DURAND, Francisco (2007). *El Perú fracturado. Formalidad, informalidad y economía delictiva*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- DURAND, Francisco (2015). *Captura del Estado en los tiempos de la globalización. Desigualdades en un mundo globalizado*. Lima: CISEPA, Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- FRANCO G., Lola (1999). *Nuevos patrones de consumo alimentario en Lima*. En: *Modernidad y Pobreza Urbana en Lima*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- GANOZA DURANT, Carlos y Andrea STIGLICH WATSON (2015). *El Perú está calato. El falso milagro de la economía peruana y las trampas que amenazan nuestro progreso*. Lima: Editorial Planeta.
- GARCÍA NÚÑEZ, Luis (2017). Incluir socialmente a los mayores: ¿es suficiente “Pensión 65”? *Exclusión e inclusión social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo*. Lima: Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.
- GARCÍA Pilar (2014). *Los adolescentes: uso y abuso de las nuevas tecnologías y redes sociales*. Lima: Avanza Psicología.
- GIBERTI, Eva (2005). *La familia, a pesar de todo*. Buenos Aires: Noveduc.
- GIDDENS, Anthony (2008). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Ciudad de México: Taurus.

- GOULET, Denis (1996). *Desarrollo económico, desarrollo humano ¿Cómo medirlos?*
Lima: Fundación Friedrich Ebert.
- INEI-UNICEF (2011). *Estado de la niñez en el Perú*. Lima: INEI-UNICEF.
- INEI (2015). *Los adolescentes y su comportamiento reproductivo*. Lima: INEI.
- JELIN, Elizabeth (2004). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- JARAMILLO GARCIA, Enrique (2015). *Niños, niñas y adolescentes en situación de calle. actores sociales en la vida social de Lima Metropolitana: 1990-2000* (tesis de maestría). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- JIMÉNEZ, Félix (2017). *Veinticinco años de modernización neocolonial. Crítica de las políticas neoliberales en el Perú*. Lima: IEP.
- JIMÉNEZ, Félix (2016). *Otra ruta de desarrollo para el Perú. Crítica del neoliberalismo y propuesta de transformación productiva*. Lima: Otra Mirada.
- JIMÉNEZ, Félix (2009). *Crisis internacional, impactos y respuestas de política económica en el Perú*. Lima: IEP.
- KAPSOLI ESCUDERO, Wilfredo (1999). Presentación. *Modernidad y pobreza urbana en Lima*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- KATZMAN, Rubén (1990). *Áreas duras y áreas blandas en el desarrollo social*. Santiago de Chile: CEPAL.
- KLIKSBERG, Bernardo (2002). *Hacia una economía con rostro humano*. Buenos Aires.: Fondo de Cultura Económica.
- LIEBEL, Manfred y MARTÍNEZ, Marta (2009). *Infancia y derechos humanos. Hacia una ciudadanía participante y protagónica*. Lima: IFEJANT.
- LOAYZA, Jerjes (2018). Sexualidades y sensibilidades juveniles en las discotecas de Lima. *Revista de Sociología*, 27. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- MANNARELLI, María Emma (2014). Los jardines de la infancia en el Perú. La domesticación de los infantes en las primeras décadas del siglo XX. *¡A jugar se ha dicho! La infancia, el juego y el orden social*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- MAURO, Raúl (2005). *La quimera del desarrollo en el Perú. Estilos de crecimiento y pobreza*. Lima: Desco.

- MEJÍA NAVARRETE, Julio (2002). *Problemas metodológicos de las ciencias sociales en el Perú*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
- MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL (2002). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010*. Lima: MIMDES.
- MINISTERIO DE SALUD (2004). *Modelo de abordaje para la promoción de salud*. Lima: MINSA.
- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (2012). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021. PNAIA 2021*. Lima: MIMP.
- MORI-QUISPE, Ernesto (2015). Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescencia en el Perú. *Anales Facultad de Medicina*, 76 (2), 141.
- PAJUELO, Ramón (2016). *Un río invisible. Ensayos sobre política, conflictos, memoria y movilización indígena en el Perú y los Andes*. Lima: Ríos Profundos Editores.
- PEASE, Henry (2009). *Régimen democrático y políticas públicas. Aula magna: reforma del Estado. El papel de las políticas públicas*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- PÉREZ, Adela (2014). Cambios políticos y sociales de la familia. *Psicología Política*, 49. Madrid.
- PILOTTI, Francisco (2002). *Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto*. Santiago de Chile: CEPAL.
- PIMENTEL SEVILLA, Carmen (1996). *La familia y sus problemas*. Lima: CECOSAM.
- RÉNIQUE, Gerardo y POOLE, Deborah (2018). *Perú: tiempos del miedo. Violencia, resistencia y neoliberalismo*. Lima: Punto Cardinal Editores.
- ROS I RAHOLA, Rosa (2012). Conflictos y potencialidades del amor y de la sexualidad en los jóvenes. El amor y su largo proceso de crecimiento en igualdad. *Cómo aprender a amar en la escuela*. Madrid: Catarata.
- ROTONDO, Emma (2005). Otra vez invisibles: los niños y niñas de la guerra. *La violencia contra las niñas y los niños. Informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*. Lima: Save The Children.

- SAGASTI, Francisco; IGUIÑIZ, Javier y SCHULDT, Jürgen (1999). *Equidad, integración social y desarrollo. Hacia un nuevo enfoque para la política social en América Latina*. Lima: Universidad del Pacífico.
- SAUSA, Maricela (2018). El 85% de escolares aprende sexualidad por medio del internet. *Perú 21*.
- SCRIBANO, Adrián Óscar (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- SALAZAR BONDY, Sebastián (2003). *Escritos políticos y morales (Perú: 1954-1965)*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- SILVA BALERIO, Diego y PEDERNERA, Luis (2005). El protagonismo de las infancias y adolescencias. O lo que el enfoque de protección integral no reafirmó. *Otras miradas sobre infancia*. Lima: IFEJANT.
- TOURAINÉ, Alain (2007). *La mirada social. Un marco de pensamiento distinto para el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.
- UNFPA (1994) *Conferencia internacional sobre la población y desarrollo*. El Cairo.
- UNFPA (2010). *Cómo prevenir el embarazo adolescente, promoviendo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos*. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- VALDIVIA, Segundo (2013). *¿Mamá, ya estas viniendo? Hombres y mujeres proveedores de recursos y cuidados* (tesis de maestría). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- VÁSQUEZ, Enrique (2006). *Presupuesto público y gasto social. La urgencia del monitoreo y evaluación, ¿los niños... primero? Observatorio de infancia y adolescencia*. Lima: Universidad del Pacífico, Save The Children.
- VÁSQUEZ, Enrique; ARAMBURÚ, Carlos; FIGUEROA, Carlos y PARODI, Carlos (2001). *Los desafíos de la lucha contra la pobreza extrema en el Perú*. Lima: Universidad del Pacífico.
- VERA MILLER, Dante (1995). *Los límites de la inequidad*. Lima: Novib; Plataforma de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- VERDERA V. Francisco (2007). *La pobreza en el Perú: un análisis de sus causas y de las políticas para enfrentarla*. Lima: IEP.
- ZAPATA, Antonio (2018). *La caída de Velasco. Lucha política y crisis del régimen*. Lima: Taurus.

ZAPATA, Antonio (2016). La desigualdad peruana y el cangrejo. *Participación, competencia y representación política, contribuciones para el debate*. Lima: IEP, JNE.

ANEXO 1. GLOSARIO

- **Anomia:** Estado de degradación social, sin respeto a las normas o carente de ellas, por parte de los miembros de una comunidad. Se disuelven allí sus leyes.
- **Consumismo:** Compra o acumulación de bienes y servicios considerados no esenciales. Fenómeno económico, social y político del siglo XX.
- **Desnutrición:** Estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causadas por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo.
- **Hedonismo:** Tendencia a la búsqueda del placer y el bienestar en todos los ámbitos de la vida.
- **Incidencia:** Medida que se toma, en un período determinado, del número de nuevos casos que trae una enfermedad. Aquí se cuantifica la cantidad de personas en un determinado tiempo.
- **Menarquia:** Primera menstruación que tiene la mujer, lo que normalmente sucede entre los 10 y los 16 años. Se debe a la activación de los ovarios y la producción de hormonas (estrógeno y progesterona) que estos liberan.
- **Menstruación:** Proceso fisiológico que le ocurre a las mujeres, y a las hembras de algunas especies, durante un periodo determinado, y de manera recurrente, en donde por la vagina expulsan el óvulo maduro no fecundado con sangre y con ciertos restos o materias que provienen del útero.
- **Morbilidad:** Es el número de personas que enferman en una población y período determinados.
- **Mortalidad:** Es el número de defunciones en una población y períodos determinados.
- **Prevalencia:** Número total de individuos afectados por una enfermedad, sin importar el momento o tiempo donde la contrajeron.

ANEXO 2. ENCUESTA

Marque con una X o responda, las siguientes preguntas

I.- Datos generales:

Edad: () Sexo: (F) (M)

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria: completa () Incompleta ()

Estudios superiores ()

Repitió el año escolar alguna vez por gestación: (SÍ) (NO)

Lugar de procedencia _____

II.- Antecedentes:

2.- Si es mujer, ¿a qué edad menstruó por primera vez? _____

3.- ¿A qué edad inicio su actividad sexual? _____

4.- ¿Ha recibido educación sobre su desarrollo sexual por el personal de salud?

(SÍ) (NO)

Otros: padre () madre () tutores () psicólogos () amigos () internet ()

5.- ¿Qué entiende por salud sexual y reproductiva?

a. Poder tener hijos b. Tener relaciones sexuales c. Utilizar métodos anticonceptivos

d. Sentirse bien física, mental y socialmente con su sexualidad

III.- En relación con las entidades prestadoras de salud:

6.- ¿Considera Ud. que la información dada por sus padres o en el colegio debe ser reforzado por un personal de salud especializado? (SÍ) (NO)

7.- ¿Qué características recuerda del profesional que brindó la atención?

a. Conocimiento del tema b. Transmitió confianza y seguridad c. Mostró desinterés

d. Tiene prejuicios e. Utiliza términos sofisticados

8.- ¿Conoce Ud. los métodos anticonceptivos? (SÍ) (NO)

9.- ¿Tiene conocimiento del Programa de Planificación Familiar? (SÍ) (NO)

10.- ¿Cree Ud. que la educación sexual, planificación familiar en el adolescente debe ser un tema que se brinde en un ambiente diferenciado del que se brinda al adulto?

(SÍ) (NO)

11.- ¿Cuál cree que son los factores que lo limitan acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva?

- a. Consultorios inadecuados para adolescentes
- b. Horarios inadecuados
- c. Personal que no le da confianza
- d. Temor de ser visto o descubierto
- e. Difícil accesibilidad por la distancia

12.- ¿Qué horarios de atención serían los más adecuados?

Mañana () Tarde ()

