

INFORME FINAL

“LINEA DE BASE DEL PROYECTO SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD Y EDUCACIÓN PARA ADOLESCENTES Y JOVENES EN EL SALVADOR”

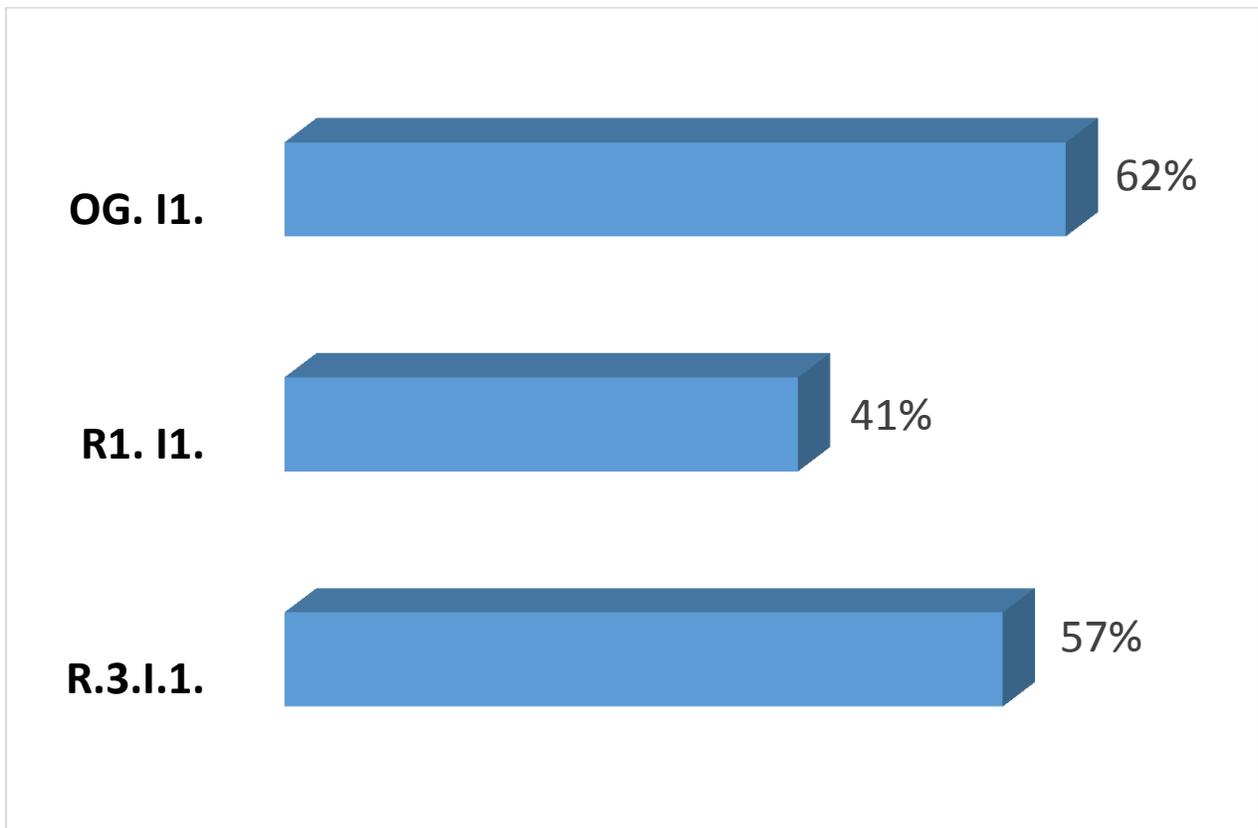


San Salvador, El Salvador, marzo de 2020

Presentado por: Margarita Monroy

INDICADORES ESTABLECIDOS PARA LÍNEA DE BASE

- OG. I1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan actitudes positivas de familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes.
- OE1.I1. Número de establecimientos de salud del área de intervención del proyecto han ampliado y/o mejorado su oferta de servicios de atención integral de salud sexual y salud reproductiva
- R1. I1. Porcentaje de jóvenes que informaron que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante los últimos 12 meses.
- R3.I1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR.



RESUMEN

El objetivo de la investigación es establecer la Línea de Base del Proyecto Servicios Integrales de Salud y Educación para Adolescentes y Jóvenes en El Salvador. Para tal propósito, se realizó un estudio descriptivo con una metodología mixta, utilizando técnicas de recolección de información cuantitativas y cualitativas. En el estudio se entrevistó a personal de salud y educación de ambos ministerios, familias, agentes comunitarios y adolescentes. Para profundizar en el tema y obtener diferentes percepciones y opiniones sobre la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, se realizaron discusiones de grupos focales con adolescentes, madres, padres, abuelas y otras personas encargadas de la crianza. La información cuantitativa se obtuvo por medio de encuestas dirigidas a adolescentes y los diagnósticos de condiciones de 12 unidades comunitarias de Salud Familiar, 4 Hospitales, priorizando el área de Parto, y 6 Hogares de Espera Materna. Los resultados indican que las familias y la comunidad actualmente, no tienen el conocimiento adecuado sobre lo que implica la salud

sexual y la salud reproductiva en adolescentes y jóvenes. Además, la información sobre sexualidad y derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes es basada en creencias, mitos y tabúes que se han naturalizado en las familias y la comunidad.

Actualmente los servicios de salud para adolescentes están en desarrollo, buscando ser amigables y humanizados para aumentar la demanda de inscripciones, servicios de consejería y controles subsecuentes al programa, con especial énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva. También, se identificó que actualmente las capacidades y los recursos de los establecimientos de salud son insuficientes para la provisión de servicios, según lo establece la norma técnica del Ministerio de Salud.

Según el cálculo realizado, el 57% de adolescentes y jóvenes poseen la capacidad y confianza para tomar decisiones respecto a sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Sin embargo, mencionan que los servicios de salud no llenan las expectativas en relación a sus necesidades.

TABLA DE CONTENIDO DEL INFORME

INDICADORES ESTABLECIDOS PARA LÍNEA DE BASE	<i>i</i>
RESUMEN	<i>ii</i>
LISTADO DE TABLAS	<i>iv</i>
SIGLAS Y ACRONIMOS	1
INTRODUCCION	2
1. EL CONTEXTO LOCAL	4
1.1. Datos demográficos que caracterizan la población salvadoreña.	4
1.2. La Salud Sexual y Salud Reproductiva de Adolescentes (SSSR)	5
1.3. Estrategias para la atención en salud a la población adolescente	6
1.4. Marco legal y Normativo Nacional	8
2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO	8
3. METODOLOGÍA DE LA DE INVESTIGACIÓN	10
3.1. Técnicas de recolección de información	10
3.2. Procesamiento y análisis de la información	12
4. DISCUSIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	12
4.1. Objetivo general - indicador 1	13
4.2. Objetivo Específico 1 - indicador 1	17
4.3. Resultado 1 – indicador 1	26
4.4. Resultado 2 – indicador 1	30
4.5. Resultado 3 – indicador 1	34
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
5.1. Conclusiones	38
5.2. Recomendaciones	39
BIBLIOGRAFÍA	41
LISTADO DE ANEXOS	42

LISTADO DE TABLAS

<i>Tabla 1: Número de inscripciones prenatales en el sistema de salud público por departamento, según rango de edad. El Salvador 2017.</i>	6
<i>Tabla 2: Preguntas seleccionadas para medir los indicadores del proyecto en la Línea de Base</i>	12
<i>Tabla 3: Porcentaje de adolescentes que reportan actitudes positivas en los familiares con los que viven en las comunidades, respecto a su sexualidad, por género y departamento</i>	13
<i>Tabla 4: Distribución por género de adolescentes que acudiría a familiares para el cuidado de su salud</i>	13
<i>Tabla 5: Distribución de adolescentes que recibieron información sobre SSSR de parte de familiares según género, y departamento</i>	13
<i>Tabla 6: Número y porcentaje de adolescentes que acudirían con un familiar ante una sospecha de un embarazo o ITS</i>	14
<i>Tabla 7: Número y porcentaje de adolescentes que están de acuerdo con que los padres y madres deben hablar sobre sexo y sexualidad con sus hijos e hijas. Por género y rango de edad.</i>	14
<i>Tabla 8: Resultados de 12 Diagnósticos de condiciones de UCSF para la atención de adolescentes y jóvenes.</i>	18
<i>Tabla 9: Resultados de 6 Hogares de Espera Materna</i>	20
<i>Tabla 10: Resultados del Diagnóstico de 4 Hospitales</i>	23
<i>Tabla 11: Servicios para el cuidado de la salud recibidos por la población de adolescentes alguna vez durante su adolescencia.</i>	25
<i>Tabla 12: Porcentaje de adolescentes que conocen de Servicios para el cuidado de la salud</i>	26
<i>Tabla 13: Porcentaje de adolescentes que informan que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables por departamento y género</i>	27
<i>Tabla 14: Número y porcentaje de adolescentes que consultan sobre el cuidado de su salud y/o han recibido información sobre SSSR por parte de personal de salud. Desagregado por género</i>	27
<i>Tabla 15: Número y porcentaje de adolescentes que opinan las situaciones al momento de la visita a Unidades de Salud</i>	27
<i>Tabla 16: Información del SIMMOW de inscripciones de adolescentes en el año 2018, en las 12 UCSF de intervención del proyecto por sexo y grupo etario.</i>	30
<i>Tabla 17: Información del SIMMOW de controles subsecuentes de adolescentes en las 12 UCSF de intervención del proyecto por sexo y grupo etario.</i>	31
<i>Tabla 18: Número y porcentajes sobre toma de decisiones de inicio de relaciones sexuales, por género.</i>	34
<i>Tabla 19: Número y porcentajes de adolescentes que han iniciado relaciones sexuales y que han utilizado algún método anticonceptivo por género y tipo de método.</i>	35
<i>Tabla 20: Porcentajes de adolescentes y jóvenes que informan que conocen de temas de SSSR, por género y grupo etario.</i>	35
<i>Tabla 21: Niveles de conocimiento de adolescentes y jóvenes sobre temas de SSSR</i>	36

SIGLAS Y ACRONIMOS

CONNA	Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos
DSDR	Derechos sexuales y derechos reproductivos
ECOS	Equipo Comunitario de Salud
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
EIS	Educación integral de la sexualidad
ITS	Infección de Transmisión Sexual
INS	Instituto Nacional de Salud
LEPINA	Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia
MAC	Métodos Anticonceptivos
MINEDUCYT	Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
MINSAL	Ministerio de Salud
NNA	Niñas, niños y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
UCSF	Unidad Comunitaria de Salud Familiar
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
SIMMOW	Sistema Nacional de Salud MorbiMortalidad + Estadísticas Vitales

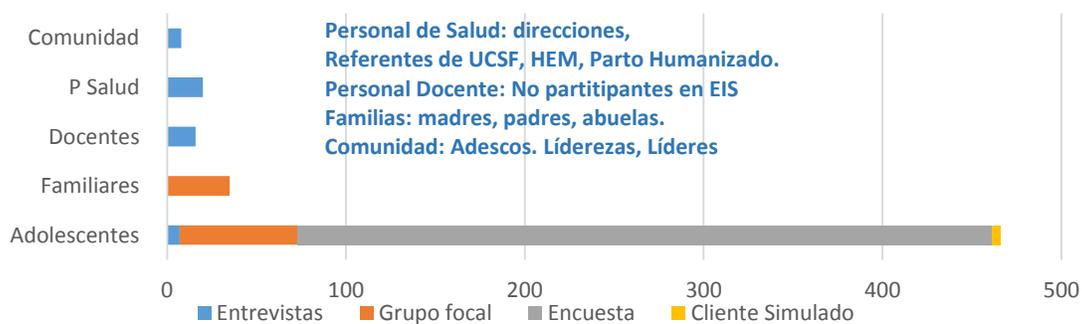
INTRODUCCION

En este informe se presentan los resultados del estudio de campo realizado para establecer la Línea de Base del Proyecto Servicios Integrales de Salud y Educación para Adolescentes y Jóvenes en El Salvador. El cual tiene como propósito mejorar la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes en El Salvador mediante el fortalecimiento de sus capacidades y habilidades para reconocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, así como permitir una prestación integral de servicios de salud para jóvenes.

Para establecer la Línea de Base, se realizó un estudio de campo de tipo descriptivo. La información se obtuvo por medio de dos métodos: 1) métodos cuantitativos aplicando la encuesta dirigida a adolescentes y realizando el diagnóstico de servicios de salud; 2) métodos cualitativos, mediante la entrevista semiestructurada, grupos focales y visitas de cliente simulada a los servicios de salud. **En total participaron 545 personas: 388 en la encuesta de adolescentes,** 51 en entrevistas individuales y 106 en grupos focales. Clasificados por género: 282 femeninos, 261 masculino y 2 no binarios.

Conforme a al apartado de ética y protección de la niñez, los instrumentos de recolección de información, se validaron en campo, se aplicó el consentimiento informado acorde a la normativa de Plan Internacional, se explicó el objetivo de la investigación y el uso de la información. Plan Internacional lideró la logística, estableció los contactos y apoyó al equipo de investigación en campo, la sistematización de información y elaboración del informe de resultados. La información recolectada, se procesó y se analizó a través del software SPSS, Microsoft Excel y Microsoft Word para las transcripciones y tablas resúmenes. Se creó una base general de datos de la encuesta con la cual se obtuvieron los resultados de cada indicador, con base a criterios de selección de variables para cada uno.

Participantes del Estudio de Línea de Base Según Métodos



PRINCIPALES RESULTADOS:

Objetivo General. Indicador 1: Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan actitudes positivas de familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes.

Del total de adolescentes y jóvenes encuestados el 62% reportan actitudes positivas en los familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes. A partir de los resultados cualitativos para este indicador se identificó que actualmente las familias no están

en posibilidades para atender de forma adecuada los temas de sexualidad de adolescentes y jóvenes; ya que poseen limitado conocimiento sobre lo que implica la Salud Sexual y Salud Reproductiva, desconocen la oferta de servicios de atención para adolescentes en las UCSF y en los centros escolares.

Objetivo Especifico 1, Indicador 1: Número de establecimientos de salud del área de intervención del proyecto han ampliado y/o mejorado su oferta de servicios de atención integral de salud sexual y salud reproductiva.

De las 12 Unidades Comunitarias de Salud Familiar el 25% cumple con las condiciones regulares, es decir, cumplen entre 4 y 8 puntos en una escala de 0 a 10 en los diagnósticos de condiciones para la atención de adolescentes¹, por lo tanto, el 100% deben mejorar sus condiciones para poder llegar a contar con condiciones óptimas para la atención de adolescentes. El resto de las UCSF tienen condiciones deficientes al cumplir con menos de (4) Puntos en los diagnósticos deben fortalecerse las capacidades y habilidades del personal, infraestructura, equipamiento e insumos, para la provisión del servicio de salud amigable para adolescentes y jóvenes tal como se establece en la normativa nacional. En cuanto a los hospitales estos cuentan con condiciones regulares para la atención y el 100% de hogares de espera materna no cumplen con las condiciones adecuadas según lineamientos técnicos de MINSAL.

Resultado 1. Indicador 1: Porcentaje de jóvenes que informaron que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante los últimos 12 meses.

Del total de adolescentes y jóvenes encuestados el 41% informaron que al buscar los servicios de salud amigables en las UCSF se cumplieron sus necesidades, en base a su última experiencia en el establecimiento de salud. Pese a que adolescentes y jóvenes no recuerdan detalles de su última consulta, estas fueron por atención a enfermedades que no podía ser atendida en casa. Al hacer uso de los servicios, el 77% de adolescentes y jóvenes expresaron que recibieron un trato amable y 49% evaluó adecuadas las condiciones de su atención. De acuerdo a la población de adolescentes, los servicios necesitan mejoras en cuanto al trato del personal, disponibilidad de métodos anticonceptivos apropiados para adolescentes, mayor promoción de la oferta de servicios, mejora en los ambientes físicos, horarios, equipamiento y empatía del personal clínico y no clínico.

Resultado 2, Indicador 1: Aumento del 15% en la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva por parte de adolescentes y jóvenes.

En cuanto a la atención de adolescentes registrada en SIMMOW se identificó que en 2018 en conjunto de las 12 UCSF se registró un total de 2,210 nuevas inscripciones en y 3,684 controles subsecuentes, en los 12 municipios de intervención del proyecto. La Libertad, Ciudad Arce e Ilobasco son los municipios que reportan mayor número de inscripciones y controles. En el análisis por género se encuentra que las inscripciones son en 53.9% para femenino y 46.1% para masculino. Los controles subsecuentes 60% para femenino y 40% para masculino. En las entrevistas y reuniones de grupos focales se identificó que las madres, padres y adolescentes desconocen la oferta de servicios para adolescentes, además desconocen que comprende el cuidado de la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

¹ Ver Anexo 5 HERRAMIENTAS DEL DIAGNOSTICO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Resultado 3, Indicador 1: Porcentaje de adolescentes y jóvenes que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR.

Del total de adolescentes y jóvenes encuestados el 57% respondieron que sienten confianza tomando decisiones sobre sus DSDR, aunque los resultados cualitativos determinaron que adolescentes y jóvenes no poseen conocimientos adecuados y pocas habilidades para tomar sus propias decisiones para el ejercicio de sus DSDR y el cuidado de su SSSR. Las discusiones con adolescentes y jóvenes permitieron conocer la limitada información que poseen que, además, gran parte de ella, es incorrecta, basada en mitos y tabúes que se replican en las familias y en las instituciones. En base a los resultados de la encuesta se obtuvieron que los principales temas sobre los cuales, los y las jóvenes tienen un mayor desconocimiento se encuentran Infecciones de Transmisión Sexual, Métodos Anticonceptivos y Masculinidades.

Las conclusiones de este estudio indican que siendo la adolescencia una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, en la que ocurren marcados cambios físicos, psicológicos y relacionales, los y las adolescentes se encuentran en una situación de vulnerabilidad en cuanto a su Salud Sexual y Salud Reproductiva, ya que las conductas adoptadas y las decisiones tomadas en estas condiciones, podrían llevarles a una vivencia poco saludable de su sexualidad y la reproducción, incluyendo embarazo no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH o vulneraciones a sus derechos que posteriormente tendrán repercusiones en las diferentes etapas de su vida.

1. EL CONTEXTO LOCAL

1.1. Datos demográficos que caracterizan la población salvadoreña.

La Población total de El Salvador para el año 2018, reportada por la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2018 (EHPM), es de 6,642,767 personas. La población es mayoritariamente joven, 52.6% de la población es menor de 30 años y solamente el 13.2% tiene 60 años y más. Del total de población 61.7% residen en el área urbana y 38.3% en la rural. Las diferencias según sexo de la población muestran que las mujeres representan el 52.9% de la población total del país y los hombres el 47.1%. (DIGESTYC, 2018)

Los departamentos intervenidos con el “Proyecto de Servicios Integrales de Salud y Educación para Adolescentes y Jóvenes en El Salvador” implementado por Plan El Salvador, poseen una población distribuida de la siguiente manera: Cabañas 169,538; La Libertad 812,895; y Chalatenango 206,130 personas de ambos sexos; haciendo un total de 1,188,563 habitantes tal como se muestra en la EHPM pagina 14, tabla 1.1. No se dispone de datos de población desagregada por departamentos geográficos. (DIGESTYC, 2018)

La pirámide poblacional de El Salvador muestra que el 28.3% (1,885,429) de la población, son adolescentes y jóvenes comprendidos en edades de 10 a 24 años. De acuerdo a los rangos de edad, están distribuidos de la siguiente manera: De 10 a 14 años 273,558 mujeres y 282,339 hombres; de 15 y 19 años 326,282 mujeres y 332,917 hombres; 20 a 24 años 351,294 mujeres y 319,039 hombres.

La tasa de asistencia escolar para la población de 4 años a más, fue reportada por la EHPM de 2018, con el 27.0%, inscrita en un centro educativo formal en todo el territorio nacional. Según género, la tasa de asistencia escolar para la población de 4 a 18 años es de 81.83% para hombres 82.32% para las mujeres. De la población de 4 a 12 años el 87.2% de niños y niñas asisten a un centro escolar y el 81% de niños y niñas entre 13 a 17 años de edad, están inscritos en el sistema educativo nacional. (DIGESTYC, 2018)

En el análisis de los indicadores económicos, la EHPM 2018, el 28.8% de hogares salvadoreños (17.1% en el área urbana y 48.9% en el área rural) fueron categorizados con pobreza multidimensional, afectando 2, 247,165 personas aproximadamente. Según departamento, los más pobres son, Ahuachapán con 50.1%, La Unión con 42.8% y Morazán con 42.1%. (EHPM, 2018) . Para los departamentos intervenidos con el “Proyecto de Servicios Integrales de Salud y Educación para Adolescentes y Jóvenes en El Salvador” se identifica que Chalatenango fue reportado con 21.2% de pobreza multidimensional, Cabañas con el 36.7% y La Libertad con el 28.6%.

La precaria economía familiar, propicia la incorporación de la niñez al mercado laboral formal o informal de forma acelerada, limitando el pleno ejercicio de derechos a la educación, recreación y sano esparcimiento, así como de otros derechos y principios que favorecen su pleno desarrollo. (CONNA, 2013). El informe de situación de la niñez y adolescencia muestra que el porcentaje de niñez trabajando corresponde al 4.4% de la población entre 5 a 13 años y más de un quinto (23.1%) de 14 a 17 años. Como causa inmediata se identifica que la educación de niños y niñas no es prioridad en las decisiones de los hogares. (UNICEF, 2014)

1.2. La Salud Sexual y Salud Reproductiva de Adolescentes (SSSR)

La tasa global de fecundidad (TGF) expresada para mujeres de edad 15-49 años, es de 2.3 nacimientos por mujer. La tasa a nivel nacional para adolescentes en las edades especificadas entre 15 a 19 años, es de 74 nacimientos por cada mil mujeres. Específicamente por regiones geográficas se reportan de la siguiente manera: Región Paracentral tasa de natalidad 64 y la tasa de fecundidad de 2.3; Para la Región Central, la tasa de natalidad de 79 y la de fecundidad 2.2. (Instituto Nacional de Salud (INS), 2017)

Según la información de la Encuesta Nacional de Salud 2017, el 16.3% de jóvenes encuestadas, entre 15 y 19 años, reportó que está casada o en unión actualmente. Según zona geográfica, se muestra que el 5.7% es para la zona urbana y 9.3% para la zona rural. Estas uniones y matrimonios reflejan importantes diferencias de edad entre la pareja. El 15% de las mujeres de 15 a 19 y el 18.3% de las mujeres de 20 a 24 años reportaron que su conyugue es mayor que ellas por 10 años o más. Entre las mujeres de 15 a 49 años, el 7% se casó antes de los 15 años y las mujeres entre 20 a 49 años, el 7.3% reportó que se había casado antes de los 16 años. (Instituto Nacional de Salud (INS), 2017)

Otra información relevante es que las adolescentes de 15 a 17 años que en los último 12 meses tuvieron sexo, el 10% lo hizo con un hombre que tenía 10 años o más que ellas. En este mismo rango de edad, el 13% tuvo sexo en los últimos 12 meses con una pareja no marital ni cohabitante (Instituto Nacional de Salud (INS), 2017).

La tasa de prevalencia de anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años, actualmente casadas o en unión que está usando (o cuya pareja está usando) un método anticonceptivo (moderno o tradicional) es de 71%. En cuanto a las mujeres en el mismo rango de edad actualmente casada o en unión, en edad fértil, que desean espaciar sus partos o limitar el número de hijos o hijas y que actualmente no están usando métodos anticonceptivos representan el 11% lo que se conoce como necesidad no satisfecha. Las mujeres que presentan un mayor porcentaje de necesidad no satisfecha son las que se encuentran en el rango de edad de 15 a 19 años con 21.6%. (Instituto Nacional de Salud (INS), 2017)

En relación al embarazo precoz, salud pública lo considera como una condición de alto riesgo para las niñas y adolescentes, porque pone en peligro su vida y la de su hija o hijo, dado su nivel de desarrollo físico y psicológico aún no preparado. Además, su condición de dependencia económica no les permite cubrir los valores nutricionales adecuados en su alimentación y desarrollo, provocando bajo peso y talla al nacer, lo subsecuente conlleva otras complicaciones o deficiencias en el desarrollo.

Tabla 1: Número de inscripciones prenatales en el sistema de salud público por departamento, según rango de edad. El Salvador 2017.

Departamentos	Edad en años				Total
	10 - 12	13 -14	15 - 17	18 - 19	
Chalatenango	2	17	217	311	547
La Libertad	6	695	698	998	2,088
Cabañas	1	116	286	305	608

Fuente: Mapa de embarazos en niñas y adolescentes. El Salvador. 017 | UNFPA | MINSAL

De acuerdo a la información del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) en el año 2017 se registraron en el país 19,190 embarazos en niñas y adolescentes, entre 10 a 19 años de edad, es decir, 53 niñas o adolescentes embarazadas por día. De este total 781 embarazos fueron reportados en niñas de 10 a 14 años.

A nivel nacional, entre 2015 y 2017 se registraron 65,678 inscripciones prenatales de niñas y adolescentes entre las edades de los 10 y los 19 años. El estudio del costo económico del embarazo en niñas y adolescentes, muestra que el impacto podría representar un total de \$352,274,312.49 en tributos que la sociedad y el Estado salvadoreño no dispondrá después de 40 años de vida productiva de estas niñas y adolescentes. (UNFPA, 2017)

Según la información del Mapa de Embarazos de Niñas y Adolescentes 2017 UNFPA, en el Departamento de Chalatenango se inscribieron en el control prenatal un total de 547 adolescentes en edades de 10 a 19 años. En La Libertad 2,088 y en Cabañas 608. (UNFPA, 2017). Los partos en adolescentes de 10 a 19 años han representado el 28% de los partos registrados a nivel nacional. (INS, 2017)

1.3. Estrategias para la atención en salud a la población adolescente

- a) La Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSSR) enuncia que la atención integral para adolescentes debe contribuir a la solución de sus necesidades biológicas, psicosociales y ambientales, tomando en cuenta la edad, ambiente familiar, educación, condición socioeconómica, desarrollo y la cultura. Se enmarca en la atención integral en salud. (MINSAL, 2016 - 2019)
- b) La Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes, se hizo pública por el Gobierno de El Salvador a través del Gabinete de Gestión Social, para el periodo 2017-2027. Esta estrategia busca eliminar el embarazo en niñas y adolescentes, mediante intervenciones intersectoriales articuladas, incorporando el enfoque de derechos humanos, género e inclusión, facilitando el empoderamiento de niñas y adolescentes para su pleno desarrollo. La LEPINA define tres ejes de intervención: a) Prevención; b) Protección especial, acceso a la justicia y restitución de derechos y c) Gestión del conocimiento. Desarrolla 5 objetivos estratégicos que buscan incidir en la garantía de los derechos de las niñas y los adolescentes, incluyendo la mejora en sus condiciones de vida, así como el cambio de patrones socioculturales de la población salvadoreña. Se integran en las intervenciones: Ministerio de

Educación, Justicia, Secretaría Técnica de la Presidencia, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA) y el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA). (MINSAL, 2017).

- c) El Plan intersectorial para la atención integral de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019, busca potenciar el abordaje intersectorial en el marco de la Atención Primaria en Salud Integral (APSI), en cumplimiento de la Política Nacional de Salud, Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). El Plan intersectorial para la atención integral de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019, promueve la participación de las instituciones públicas, privadas, la participación social y de las personas adolescentes y jóvenes, como protagonistas de su propio desarrollo, en el ámbito local, municipal y nacional. Toma en cuenta la vulnerabilidad y riesgos, el enfoque de género y derechos. Su implementación requiere coordinación intersectorial, actores de la sociedad, un equipo interdisciplinario con capacidades y habilidades para la atención diferenciada acorde a las necesidades de adolescentes y jóvenes.
- d) El Ministerio de Salud (MINSAL) desde 2016 oficializó los “Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción”, ofertando servicios a toda la población en edad fértil. Esta oferta incluye métodos temporales y definitivos, acoplados a las necesidades de la población en las diferentes etapas de su vida reproductiva. Los diferentes métodos se ofrecen mediante la consejería para apoyar la decisión informada en la elección del método. Se incluye en la oferta estrategias para la prevención del embarazo en las niñas y adolescentes; centradas en la formación de promotores juveniles, círculos educativos en adolescentes, creación de servicios amigables para una atención diferenciada en los establecimientos de salud. (MINSAL, 2018)
- e) En 2018, MINSAL hizo público el documento “Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS”, con el objetivo de fortalecer los servicios de salud para la atención de adolescentes y jóvenes para ser catalogados como “amigables”, mediante la transformación de los servicios en espacios que favorezcan la atención integral, oportuna, continua, pertinente y equitativa con participación intersectorial. (MINSAL, 2016 - 2019)
- f) Los “Servicios de Salud Amigables para Adolescente”, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), son espacios para adolescentes, que pueden compartir infraestructura con otros servicios del establecimiento de salud, donde se reconocen los derechos de la población adolescente, incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos con una atención diferenciada, de manera integral e integrada. El objetivo es atender adecuadamente las necesidades y realidades de adolescentes y jóvenes, propiciando un ambiente agradable en el que las familias tengan una participación activa, vínculo con el personal proveedor de salud, quienes tratan sin discriminación de ningún tipo, con equidad, respeto y confidencialidad en la entrega de las intervenciones. (MINSAL, 2014).
- g) Los Hogares de Espera Materna (HEM) constituyen una estrategia implementada para mejorar la calidad de atención a las mujeres embarazadas, principalmente a las que se encuentran en alguna medida en riesgo obstétrico. Se hacen operativos en espacios físicos, donde las mujeres embarazadas que viven muy lejos de un hospital pueden hospedarse antes del parto, para su traslado al hospital en donde les atenderán el parto. En estos espacios contribuyen a salvar la vida de las mujeres embarazadas, recién nacidos y mujeres puérperas, facilitando el acceso a los servicios de parto limpio por personal capacitado.

Los HEM son una dependencia comunitaria del MINSAL, depende administrativamente de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) en el área de responsabilidad. De acuerdo a los lineamientos técnicos para la creación y funcionamiento, se requiere del trabajo coordinado de los tres niveles organizativos del MINSAL. Son atendidos por licenciadas Materno Infantil, se encuentra abierto las 24 horas del día, los 365 días del año. El servicio es gratuito y se coordinan con establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención y la comunidad, para la atención y transporte de usuarias.

El estudio sobre Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva con usuarias de los 12 HEM en El Salvador, concluyó que las mujeres que permanecieron en estos hogares, no obtienen información de calidad sobre los riesgos reproductivos, cuidados pre y postparto y anticoncepción, a diferencia de la Lactancia Materna. Además, se mostró que hay poca afluencia de embarazadas, lo que se atribuye a la baja promoción y la falta de referencias del primer nivel de atención hacia los HEM. Las recomendaciones para superar son: fortalecer la calidad de la información que se brinda durante su estancia en los HEM y mayores acciones de monitoreo y evaluación de los servicios y la satisfacción.

1.4. Marco legal y Normativo Nacional

Pese a los avances en las áreas de salud, educación, participación social y derechos, el informe especial sobre el estado de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador realizado por la Procuraduría de Derechos Humanos en 2015, muestra que existen limitaciones en el acceso a la salud pública, deficiente infraestructura, falta de recurso humano para cubrir la demanda, así como la orientación e información para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva, que son identificados entre otras limitaciones para atender las necesidades en salud y derecho a la vida. (PDDH, 2015)

Entre las recomendaciones a las instituciones del Estado salvadoreño, se destacan: Proporcionar a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, tanto dentro como fuera de las escuelas, una educación integral en sexualidad sensible a género y garante de los derechos humanos, libre de prejuicios y discriminación y adaptada a su edad; establecer mecanismos de supervisión y sanción a los operadores de justicia que actúen con base en estereotipos de género y discriminación que fomentan la impunidad y niegan el acceso a la justicia de las niñas, jóvenes y mujeres víctimas de violencia, especialmente de la violencia sexual y feminicidio. (PDDH, 2015)

La población adolescente y joven se enfrenta a diferentes situaciones económicas, sociales y culturales, que les ponen en condiciones de mayor vulnerabilidad de sus derechos humanos en general, pero primordialmente de los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR). Existe un amplio marco legal y normativo, planes que reflejan en trabajo y las intervenciones intersectoriales, se identifica la apertura institucional y el reconocimiento de la necesidad de involucrar a adolescentes y jóvenes en la autogestión de sus planes y proyectos como una estrategia para crear intervenciones más apropiadas y acertadas a sus necesidades. (Anexo 1)

2. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Plan Internacional El Salvador desarrolla el proyecto de “Servicios Integrales de Salud y Educación para Adolescentes y Jóvenes en El Salvador”, el cual está vinculado a la opción estratégica DSDR-VIH. Inició en enero de 2019 y tiene como propósito mejorar la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes en El Salvador mediante el fortalecimiento de sus capacidades y

habilidades para reconocer y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, así como permitir una prestación integral de servicios de salud para jóvenes.

El área de intervención del proyecto es en 12 municipios: San Isidro, Ilobasco, Sensuntepeque y Tejetepeque en el Departamento de Cabañas; Nueva Concepción, La Palma, Chalatenango y Tejutla en el Departamento de Chalatenango; Puerto de la Libertad, Ciudad Arce, Comasagua y Tamanique en el Departamento de La Libertad. El proyecto comprende el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología, el mejoramiento de las habilidades de la población adolescente y joven en el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. (Salvador, Junio 2019)

Para el logro de los objetivos se desarrolla trabajo colaborativo con personal de 12 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF), 4 Hospitales Nacionales de segundo nivel de atención y 6 hogares de Espera Materna. Con el Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología (MINEDUCYT) se trabaja con personal y estudiantes de 60 centros escolares y en la comunidad se trabaja en colaboración de madres, padres, personas cuidadoras, personas encargadas de la crianza y referentes de la comunidad que conocen y viven la misma dinámica de los hogares de la zona de intervención.

El proyecto tendrá una duración de tres años, razón por la que Plan International El Salvador requiere la creación de una línea base que le permita conocer la situación de partida, mediante los indicadores definidos y los diferentes avances hasta la finalización del proyecto.

Los indicadores del proyecto definidos para línea de base son los siguientes:

- **OG. I1.** Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan cambios positivos en las actitudes de familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes.
- **OE1.I1.** Número de establecimientos de salud del área de intervención del proyecto han ampliado y/o mejorado su oferta de servicios de atención integral de salud sexual y salud reproductiva.
- **R1. I1.** Porcentaje de jóvenes que informaron que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante los últimos 12 meses.
- **R2. I1.** Aumento porcentual de asistencia de adolescentes y jóvenes a los establecimientos de salud intervenidos por el proyecto, después del proceso de fortalecimiento y capacitación en servicios integrales en salud sexual y reproductiva.
- **R3.I1.** Porcentaje de adolescentes y jóvenes que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR.

Basado en estos indicadores, el estudio de Línea de Base del proyecto, mide la situación actual para dar respuesta a las preguntas de investigación propuestas en el estudio.

1. ¿Cuál es la situación de los programas para adolescentes y jóvenes entre 10 a 29 años? Respecto a: Normativa, Equipamiento, Formación del personal, Oferta y demanda de servicios y acceso al servicio.
2. ¿Qué conocimientos tienen los y las adolescentes y jóvenes, sobre su sexualidad?
3. ¿Qué grado de apertura hay en familiares y otras personas influyentes en su crianza, así como en la toma de decisiones para el ejercicio de sus DSDR y uso de servicios?
4. ¿Qué desafíos potenciales existen para la aplicación de la EIS en los centros educativos y servicios de salud sexual y reproductiva?
5. ¿Cuál es la percepción del personal clínico y no clínico respecto a la atención a adolescentes y jóvenes?

6. ¿Cuáles son los factores de riesgo que podrían obstaculizar el éxito del proyecto?
7. ¿Qué otras organizaciones de la sociedad civil intervienen en la promoción de los DSDR en el territorio de intervención del proyecto?

3. METODOLOGÍA DE LA DE INVESTIGACIÓN

Para dar respuesta a las preguntas de investigación y medir los indicadores de punto de partida del proyecto, se realizó un estudio de campo, empleando métodos cualitativos y cuantitativos. El trabajo de campo se realizó en los meses de octubre y noviembre de 2019. Plan International El Salvador, apoyó y coordinó la logística del trabajo de campo, estableció los contactos en UCSF, hospitales, centros escolares, referentes comunitarios, madres y padres. Durante la aplicación de la encuesta, el desarrollo de entrevistas y grupos focales, Plan International El Salvador estuvo presente y dio acompañamiento al equipo investigador, conforme al apartado de ética y protección de la niñez.

3.1. Técnicas de recolección de información

3.1.1.1. Información cuantitativa

La Encuesta para Adolescentes:

Para recolectar la información cuantitativa, se elaboró el cuestionario de preguntas, se validó en campo con 22 adolescentes femeninas y 19 adolescentes masculinos en una prueba piloto. Esta prueba se realizó en centros escolares no participantes en el estudio, administrada a adolescentes que cumplían el perfil de adolescentes que participarían en el estudio de la línea base. La muestra de encuesta, se seleccionó a partir de la población de adolescentes de centros escolares del área de intervención del proyecto.

La muestra seleccionada fue de 388 adolescentes (197 del género Femenino, 189 Masculino y 2 No Binario), con un error de muestreo del 5 %, un nivel de confianza del 95 %, y una prevalencia estimada de conocimientos del 50 %. Para la selección de la muestra se buscó el peso porcentual del número de estudiantes en cada institución y posteriormente se estratificó por grado de escolaridad, obteniéndose el número para cada institución y por cada grado. (Anexo 2)

La encuesta fue auto aplicada, anónima y con respuestas múltiples de selección. Para evitar sesgos, se les explicó la importancia de contestar individualmente y responder de acuerdo a sus conocimientos. Las encuestas, se aplicaron en horarios de funcionamiento del centro escolar, sin la presencia del personal docente, se asignó un salón donde se mantuvo la independencia y confidencialidad para las respuestas de estudiantes.

En cada centro escolar se aplicó en grupos de participantes con las siguientes características: edad a partir de los 10 años, de ambos sexos, de 5º. Grado a bachillerato, con consentimiento informado de forma voluntaria para participar. (Anexo 3)

La información recolectada con la encuesta, fue ingresada en el programa Excel, para crear una base de datos, la información se analizó mediante tablas y gráficos. La información recolectada con la encuesta contribuyó a identificar las frecuencias y porcentajes de la población sobre conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de adolescentes, jóvenes, familias y comunidades, así como de personal de los programas de salud y educación. De la base general de datos se desarrollaron procedimientos para seleccionar los estratos correspondientes a cada indicador según las preguntas y respuestas de encuesta seleccionadas específicamente para cada indicador. (Anexo 4)

Diagnósticos a establecimientos de Salud:

Se utilizaron 3 herramientas, dirigidas a los tres tipos de establecimiento de salud, estas herramientas fueron:

- 1) La Herramienta de Monitoreo de Equipamiento, materiales e insumos construida en base a los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud de Adolescentes y Jóvenes en las RIIS de El Salvador, utilizada en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar. *(Anexo 5)*.
- 2) Herramienta de Monitoreo de Equipamiento, materiales e insumos de Hogares de Espera Materna. elaborada en base a los Lineamientos Técnicos para el funcionamiento de los Hogares de Espera Materna de El Salvador, tenía como objetivo identificar recursos físicos y humanos de los establecimientos, para la atención de adolescentes y mujeres jóvenes en condición de *embarazo* *(Anexo 5)*.
- 3) **3)** Herramienta de Monitoreo de Equipamiento, Materiales e Insumos de Área de Parto en Hospitales, se elaboró a fin de determinar las condiciones físicas y de atención que estaban recibiendo las usuarias embarazadas, tomando como referencia los Lineamientos de Atención a la Mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, post parto y recién nacido de El Salvador acápites de Atención Humanizada del Parto. *(Anexo 5)*.

Plan El Salvador en coordinación con MINSAL realizaron el levantamiento de 22 diagnósticos (12 a UCSF, 6 HEM y 4 Hospitales) para cada uno de los establecimientos de salud, con el objetivo de conocer los contextos y recursos (físicos y personal) con que cuentan cada uno, para la atención de adolescentes y jóvenes de los municipios intervenidos por el proyecto.

3.1.2. Información cualitativa

Entrevista individual, entrevista a cliente simulados y discusiones de grupo focal:

Para la recolección de información cualitativa se realizaron entrevistas y grupo focales. La muestra, fue no probabilística, seleccionada de forma intencionada, considerando el propósito de la línea de base. Se tomaron en cuenta otros factores como el tiempo y la disponibilidad para participar. Las entrevistas y reuniones de grupos focales se grabaron durante su desarrollo, posteriormente se transcribieron en Microsoft Word, creando tablas de resumen para hacer un análisis interpretativo sustentado en la información. *(Anexo 6)*

En las entrevistas participaron los siguientes grupos de personas: personal docente que no había participado en el curso Básico de Educación Integral de la Sexualidad (EIS); Personal de salud referente de los Servicios Amigables para Adolescentes que se ofertan en las UCSF; Personal que atiende los servicios de Parto Humanizado en los hospitales nacionales, personal que atiende los Hogares de Espera Materna, Direcciones de UCSF, referentes de la comunidad, adolescentes y jóvenes. *(Anexo 7)*

Los grupos focales se desarrollaron con: adolescentes, madres, padres, abuelas y otras personas encargadas de la crianza y cuidado de adolescentes y jóvenes. Esta información permitió conocer las percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la SSSR y DSDR. Durante el desarrollo las reuniones se organizaron en grupos separados por sexo. En las entrevistas y grupos focales participaron 157 personas de las cuales 86 femeninas y 71 masculinos. *(Anexo 8)*

Tanto para entrevistas individuales, como para grupos focales, se explicó y aplicó el consentimiento informado de participación y el uso de la información para fines únicamente del estudio. La información cualitativa, permitió complementar y describir la información de la encuesta y diagnósticos situacionales para contextualizar la forma en que se desarrollan. *(Anexo 9)*

Las visitas de cliente simulado al servicio se desarrollaron en 5 UCSF de los tres departamentos en que se desarrolla el proyecto. La información de estas visitas permitió la comparación entre la información de entrevistas y el servicio real en las UCSF, solicitado con un perfil común en las adolescentes que demandan un servicio de SSSR en la zona de intervención del proyecto. (Anexo 10)

3.2. Procesamiento y análisis de la información

Con la información recolectada por medio de la encuesta, se creó una base de datos general, la que permitió el cálculo porcentual de cada indicador, en los cuales se dividió el total de participantes que cumplían los criterios establecidos entre el total de encuestas procesadas, a continuación, se presenta el detalle de preguntas y criterio para cada indicador.

Tabla 2: Preguntas seleccionadas para medir los indicadores del proyecto en la Línea de Base		
Indicador del Proyecto	No. Pregunta de encuesta	Criterio
OG.I.1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan cambios positivos en las actitudes de familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes	3, 8 15, 17 y 27.3	Contestar conforme a lo esperado 3 de las 5 preguntas seleccionadas.
R.1.I.1. Porcentaje de jóvenes que informaron que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante los últimos 12 meses	3,4,8	Contestar conforme a lo esperado 3 de las 3 preguntas seleccionadas.
R.3. I.1 Porcentaje de adolescentes y jóvenes que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR.	9,10,12,13,14,20.5, 20.8, 20.9, 21.16, 27.3, 27.5 y 27.9	Contestar conforme a lo esperado 8 de las 12 preguntas seleccionadas.

La información cuantitativa de la encuesta, se complementa con los resultados del Diagnóstico Situacional realizado para 12 UCSF, 5 Hogares de Espera Materna y el Parto Humanizado en 3 Hospitales. Adicionalmente se seleccionó información de preguntas de entrevistas y de grupos focales que aportan información referente a cada indicador analizado.

La información cualitativa de entrevistas y grupos focales, se analizó en tablas de resumen, por cada grupo de la población participantes según género y por zona geográfica, este análisis permitió la triangulación de información con las demás técnicas cualitativas y cuantitativas empleadas en el estudio. La información cuantitativa se complementó con la información cualitativa de entrevistas individuales, grupos focales y visitas de cliente simulado para describir el contexto.

4. DISCUSIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

En esta sección del informe se presenta los resultados y análisis de los indicadores del proyecto previamente seleccionados para la evaluación. En la metodología se explica cuales preguntas de la encuesta se seleccionaron, cuáles son las respuestas esperadas para hacer la selección, los resultados del análisis para cada indicador. Los datos cualitativos se complementan con información de encuestas y grupos focales de preguntas previamente seleccionadas y que guardan relación con el indicador. En la descripción cualitativa se incluyen citas textuales de participantes en entrevistas y grupos focales, con el propósito de mostrar información más apegada al contexto en que se desarrollan las participaciones de adolescentes, familias, personal institucional y referentes de la comunidad.

4.1. Objetivo general - indicador 1

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE REPORTAN ACTITUDES POSITIVAS DE FAMILIARES CON LOS QUE VIVEN EN LAS COMUNIDADES, RESPECTO A LA SEXUALIDAD DE ADOLESCENTES.

a) Resultados cuantitativos

Para el Indicador 1 del objetivo general se obtuvo que el **62% del total de adolescentes y jóvenes** reportan actitudes positivas en los familiares con los que viven en las comunidades, respecto a su sexualidad. Al analizarlas por género se encontró que el 65% de las adolescentes reportan actitudes positivas en familiares, 58 % masculinos y 100% a no binarios. Y al considerar los rangos de edad, los y las adolescentes del grupo de 10 a 14 años con el 66% percibir actitudes positivas, seguidos por los de 15 a 19 años al representar el 58% y finalmente el de 20 a 24 años con el 100% (Anexo 11)

Departamento	Femenino	Masculino	No Binario	Total
<i>La Libertad</i>	66%	66%	100%	66%
<i>Chalatenango</i>	65%	49%	NA	57%
<i>Cabañas</i>	64%	53%	NA	59%

En la tabla 3 se muestran los resultados desagregados por departamento y género, los porcentajes son en base a la cantidad de adolescentes y jóvenes encuestados por cada desagregación. (Anexo 11)

Al realizar el análisis en específico de algunas preguntas, se destaca que el 42% de los y las adolescentes consultan a un familiar al momento de tener dudas sobre el cuidado de su salud, en la tabla 4 se muestran los resultados desagregados por género, los porcentajes son en base a la cantidad de adolescentes y jóvenes encuestados; asimismo es de destacar que de esta población los jóvenes entre 10 y 14 años son los que más consultan a familiares al representar el 45%. (Anexo 11)

Género	Total, encuestas	Cantidad	Porcentaje
Femenino	197	78	40%
Masculino	189	83	44%
No binario	2	1	50%
Total	388	162	42%

<i>Distribución por género</i>	Total, encuestas	Cantidad	Porcentaje
Femenino	197	80	41%
Masculino	189	80	42%
No binario	2	1	50%
Total	388	161	41%
<i>Distribución por departamento</i>	Total, encuestas	Cantidad	Porcentaje
La Libertad	176	80	45%
Chalatenango	97	39	40%
Cabañas	115	42	37%

Del total adolescentes y jóvenes se determinó que el 41% han recibido información respecto a SSSR por medio de un familiar y en este caso al realizar el análisis por género, no hay diferencia significativa entre

femenino y masculino. Al considerar los rangos de edad, los y las adolescentes del grupo de 15 a 19 años son los principales en obtener información sobre SSSR de familiares al representar el 57%

Al realizar el análisis por departamento muestra que del total encuestados en la Libertad el 45% de adolescentes han recibido información por parte de sus familiares en relación a la SSSR, para el caso de Chalatenango el 40%. y Cabañas el 37%.

Ante las situaciones específicas de la SSSR, tales como la sospecha de un embarazo, del total de encuestados el 49% (189 personas) de la población de adolescentes, acudiría a consultarlo con una o más personas de su familia y para el caso de sospecha de ITS el 74% (287 personas) acudiría a algún familiar.

La tabla 6 muestra las cantidad y porcentajes en base al total de encuestados. De los adolescentes que reportaron que acudirían a alguna persona de su familia en caso de sospecha de un embarazo el 89% reportó que acudiría a su madre y el 42% a su padre; para el caso de sospecha de ITS, el 94% reportó que acudiría a su madre y el 40% a su padre. (Anexo 11)

Familiar	Embarazo		ITS	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Madre	168	43%	270	70%
Padre	79	20%	115	30%
Familiares mujeres	44	11%	41	11%
Hermana	33	9%	45	12%
Hermano	14	4%	20	5%
Familiares hombres	15	4%	18	5%

Rangos de edad	Femenino	Masculino	No binario	Total	% Total
De 10 a 14	60	36	0	96	66%
De 15 a 19	99	103	2	204	85%
De 20 a 24	1	1	0	2	67%
Total	160	140	2	302	78%
% Total	81%	74%	100%	78%	

El 78% de adolescentes considera que los padres y las madres deberían hablar sobre sexualidad con sus hijos e hijas, sin embargo, el porcentaje de adolescentes femenino es mayor al porcentaje de adolescentes masculinos que están de acuerdo, con un 81% y un 74% respectivamente. Y al considerar los rangos de edad, los y las adolescentes del grupo de 15 a 19 años es el principal en considerar que los familiares hablen sobre sexualidad con ellos y ellas al representar el 85% (Anexo 11)

b) Análisis cualitativo

A partir de los resultados anteriores que se analizan de forma cuantitativa, se realiza el contraste con la información obtenida de los grupos focales y entrevistas en la cual nos amplía el porqué de los porcentajes y también se identifican áreas o temáticas a priorizar desde la perspectiva de cada una de las poblaciones involucradas en el estudio, a continuación, se detallan los hallazgos:

La percepción de la familia: De acuerdo a la información obtenida en grupos focales, se identificó que las familias actualmente consideran que no es una práctica usual conversar con sus hijos e hijas sobre la SSSR y otros temas de sexualidad. Comentan que “sus hijos e hijas son sanas” y es poco frecuente que les hagan consultas sobre la salud en general y menos referidos a la Salud Sexual y Salud Reproductiva.

En las reuniones con madres y padres explicaron, que no es frecuente mantener una conversación abierta sobre los temas de sexualidad porque no han desarrollado ese hábito en familia, por costumbres en sus familias esos temas no se abordan entre niños y adolescentes con las personas adultas. Por ejemplo en la cita a continuación se expresa el contexto de varias familias y las acciones que realizan en torno a esta situación:

Madre de familia: *Hay niñas que se crían con familiares, sin madres, ni padres. No les dicen nada de esto, ninguna información; además, no les hacen caso. Siento que hay más confianza en la escuela y lo que no se les dice en la casa en la escuela se los dicen". (Sensuntepeque, Cabañas)*

En complemento a la cita anterior otros familiares en grupos focales expresan que no poseen los conocimientos sobre las necesidades de sus hijos e hijas relacionadas a la SSSR, no tienen un conocimiento claro sobre la SSSR y cómo cuidarla, además, no conocen la oferta de servicios de SSSR existentes en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y reciben poca información de parte del personal de salud y personal docente sobre los programas que implementan en las instituciones, sobre los temas referidos a la SSSR.

Otras madres, dijeron en los grupos focales, que sus hijos e hijas adquieren los conocimientos sobre la sexualidad en los centros escolares por medio del programa educativo y por las actividades que desarrolla el promotor y la promotora de salud. Esas actividades les da la confianza que les enseñan lo necesario. Algunas madres explican que no todas las familias están de acuerdo porque la información les abre la mente a iniciar su vida sexual. En todos los grupos focales, las madres mencionaron que la comunicación referida a la sexualidad con sus hijas, es para compartirles su experiencia dolorosa por iniciar una vida sexual y embarazo a temprana edad, para que les sirva como una lección de lo que no se debe hacer y que entren en temor y no lo repitan; por ejemplo la siguiente cita expresa esta situación:

Padre de familia: *enseñarles los métodos de planificación es como darles un pasaporte para que inicien las relaciones sexuales y los usen libremente, sin temores. (Cantón El Cimarrón, La Libertad)*

En relación a los embarazos en adolescentes, el personal docente de los centros escolares menciona que apoyan su permanencia en la escuela, practican la educación inclusiva, le motivan a que termine sus estudios y se sientan aceptadas. Se establecen normas y reglas que las adolescentes y sus parejas deben cumplir, por ejemplo: opción es estudiar a distancia, no usar el uniforme escolar, evitar pláticas relacionadas al embarazo y su sexualidad con las demás compañeras y sobre todo no hacerse acompañar de su pareja al centro escolar. Identifican la necesidad de apoyar a la adolescente, especialmente si el embarazo es producto de una violación de sus DSDR; sin embargo, mencionan que las familias y las comunidades critican las decisiones de los centros escolares al permitir el ingreso o continuación de estudios junto a las demás niñas, ya que según ellas podría ser una motivación a que las demás lo hagan; lo anterior se refleja en la siguiente cita:

Docente de ciencias: *No se debe ver de menos a la joven porque cayó en el error, que le puede perjudicar tal vez por una equivocación o porque una niña de 13 a 15 años cayó en manos de un adulto, porque eso sucede con frecuencia. (San Isidro, Cabañas)*

Percepción de adolescentes: En las discusiones de grupo focal y entrevista se identificó que la población de adolescentes tiene poca información sobre su sexualidad, además se observó temor

a expresarse y compartir sus ideas respecto al tema. La información que poseen sobre SSSR, se refiere a ideas individuales, relatos de sus experiencias personales, percepciones o mensajes que tradicionalmente se repiten en las familias y las comunidades. Han oído mencionar los programas de salud como planificación familiar, métodos anticonceptivos y las ITS por charlas y videos que imparte el personal de salud en los centros escolares. Lo anterior se complementa con la siguiente cita:

Niña de 14 años: *A mi mamá le pregunté qué pasa si una niña menstrua dos veces en el mes y ella me dijo que era normal. Le dije que sentía un gran dolor cuando me venía la menstruación y me dijo que también era normal. Ella todo me dice que es normal. (Caserío Lomas de Peña, Tejutepeque, Cabañas)*

Las y los adolescentes, a pesar de recibir información de diferentes fuentes, incluyendo las familias, muestran un amplio vacío de conocimientos, lo que les genera dudas que limitan el cuidado de su SSSR y ejercicio de sus DSDR. Por ejemplo, conocen diferentes métodos anticonceptivos, problemas de SSSR, pero no poseen la certeza de cómo cuidar su salud. En siguiente cita que se muestra como ejemplo, la expresión de un adolescente de 16 años, que al igual que otros adolescentes, tienen vacíos en la información que poseen, las familias en el afán de protegerles, les limitan acceder a la información y sumado a esto el abordaje que se hace en las familias no es adecuado a las necesidades de información para el cuidado de su sexualidad y reproducción; la siguiente cita expresa esta situación:

Adolescente de 16 años: *Los químicos que vienen en el lubricante del condón se van acumulando en el cuerpo del hombre. Como unos a los 12 años tienen relaciones sexuales tienen síntomas de adulto, se hacen gordos y no crecen. Aproveché y le pregunté a un doctor cuando fui a consulta y me dio una dirección de Google. Pero a veces mis padres no permiten ver esas cosas en el teléfono. (Tamanique, La Libertad)*

Las y los adolescentes explican que, consultan con sus familias el cuidado de salud, pero sobre sexualidad, no lo hacen, porque no hay confianza. Lo hacen con sus amigos, buscan “en el teléfono” (refiriéndose a internet) y en otras conversaciones de particulares. Explicaron que, a veces, se evitan estas conversaciones en familia porque, aunque sea solamente para obtener información, las madres, padres o familiares la convierten en regaños y amenazas, ya que sus puntos de vista no coinciden en los temas de sexualidad. Evitan que sus familiares se den cuenta de lo que saben porque no lo ven apropiado para su edad o lo relacionan a la pornografía.

Cuando se les preguntó a dónde acudirían ante la sospecha de un embarazo, el 46% respondieron que acudirían a su madre, el 22% a su padre, y en menor porcentaje acudirían a una familiar mujer y una hermana, lo que indica que las y los adolescentes consideran a sus familiares como la fuente de consulta principal ante esta situación; a pesar que los y las adolescentes afirman que acudiría donde sus familiares, en los grupos focales con madres y padres y otros familiares, expresaron que ante un embarazo las familias reaccionan negativamente, nunca se dan cuenta si su hija o hijo padece una ITS, a menos, que sea en una consulta médica en la que hay otra causa de consulta. Explican que las familias ante un embarazo o una ITS, se sienten defraudadas del “fracaso” de sus hijas. Es diferente con los adolescentes hombres que, aunque les atribuyen un error al embarazar a una adolescente, su vida por lo general continua sin mayores cambios. (Anexo 11)

Con base en la información cuantitativa y cualitativa de las diversas poblaciones, se puede inferir que el 62% de adolescentes y jóvenes que perciben actitudes positivas por parte de sus familiares con los que viven en las comunidades, respecto a su sexualidad, se limitan a que los familiares

están abiertos a que a determinada edad (rango entre 15 y 19 años) se les informe sobre ciertos aspectos de la sexualidad, como puede ser la higiene o cambios físicos que tienen durante la pubertad y dichos conocimientos sean brindados por personal de salud o educación; sin embargo, hay un porcentaje bajo que indica que ciertos familiares si dialogan estos temas en su hogar.

Concluyendo sobre la información analizada para este indicador, es de destacar que tanto docentes, personal de salud y los propios familiares reconocen que estos últimos cuentan con poco o erróneo conocimiento respecto a la SSSR, por lo que al momento de tratar otros temas como embarazo o ITS, en caso de ser abordado, se realiza desde un ámbito restrictivo y amenazante. Por lo anterior es de considerar para el cumplimiento de este indicador, un trabajo integral entre todos los actores para que existan cambios positivos en las actitudes de familiares con los que viven en las comunidades, respecto a la sexualidad de adolescentes, visto de manera integral.

4.2. Objetivo Específico 1 - indicador 1

NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL AREA DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO QUE HAN AMPLIADO Y/O MEJORADO SU OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SSSR PARA ADOLESCENTES CON ENFOQUE DE GÉNERO E INCLUSIÓN.

La medición de este indicador se hace a partir de las herramientas de diagnóstico establecidos para cada uno de los establecimientos de salud, cuyo resultados son el punto de partida para el proyecto (*Anexos 5 y 12-14*). A partir de estos se identificó que ninguno de los establecimientos, cuenta con las condiciones óptimas para brindar la atención a adolescentes y jóvenes de conformidad a los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral en Salud de Adolescentes y Jóvenes en las RIIS de El Salvador. Por lo tanto, para los fines de este indicador el proyecto iniciaría con **12 establecimientos de salud oferta de servicios de atención integral en SSSR para adolescentes con enfoque de género e inclusión**. Sin embargo, es de mencionar que ciertos establecimientos cuentan con condiciones regulares para la atención, por lo que a continuación se presentan los resultados de cada uno de los diagnósticos enfatizando los aspectos en los cuales cumplen de manera satisfactoria, así como los que requieren un mayor fortalecimiento.

Resultados para 12 unidades Comunitarias de Salud Familiar:

a) Resultado cuantitativo

De manera específica se diagnosticaron los consultorios designados para la atención de adolescentes y jóvenes, a continuación, se presentan los porcentajes de cumplimiento de condiciones de cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar en cada uno de los aspectos evaluados. Al finalizar el proceso se realiza un calculo de la cantidad de puntos obtenidos y se valoró que todos aquellos establecimientos que obtuvieran resultados **menores o iguales a 4 Puntos** serian categorizados con **Deficientes** condiciones para la atención, **mayores a 4 y menores o iguales 8** cuentan con condiciones **Regulares** para la atención y los establecimientos que obtienen **más de 8 puntos** cuentan con **Óptimas** condiciones. (*Anexo 5*)

La siguiente tabla 7, muestra que el 75% de los establecimientos de salud cuentan con condiciones deficientes para la atención de adolescentes y jóvenes dado que 9 de los 12 establecimientos obtuvieron un resultado menor a 4 (*Anexo 5*), en los consultorios que han designado para su atención, y el 25% cuentan con condiciones regulares para la atención. Ningún establecimiento cuenta con condiciones óptimas según la calificación.

Tabla 8: Resultados de 12 Diagnósticos de condiciones de UCSF para la atención de adolescentes y jóvenes.													
Departamento		Cabañas				Chalatenango				La Libertad			
Nombre de Establecimiento de salud		UCSF-I San Isidro	UCSF-E Sensuntepeque	UCSF-E Ilobasco	UCSF-I Tejutepeque	UCSF-I Tejutla	UCSF-I Nueva Concepción	UCSF-I Chalatenango	UCSF-E La alma	UCSF-I Comasagua	UCSF-I Tamanique	UCSF-E Puerto de la Libertad	UCSF-I Ciudad Arce
% De cumplimiento	Acciones con instituciones y jóvenes	92%	96%	60%	96%	60%	60%	52%	60%	60%	100%	96%	100%
	Personal	0%	2%	3%	6%	0%	3%	0%	0%	5%	13%	23%	34%
	Condiciones del espacio Físico	60%	40%	80%	50%	50%	60%	50%	80%	70%	40%	100%	100%
	Equipo	45%	0%	4%	5%	24%	14%	7%	11%	18%	19%	71%	62%
	Mobiliario	13%	0%	10%	10%	18%	41%	0%	5%	0%	31%	75%	75%
	Materiales	48%	0%	0%	16%	48%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
	Insumos	40%	23%	45%	32%	8%	25%	0%	30%	15%	7%	25%	0%
Resultado		4.24	1.65	2.81	2.47	2.94	2.66	1.43	2.67	2.42	2.31	7.11	5.13

*Elaboración propia a partir de los resultados de diagnóstico de condiciones de UCSF. (Anexo 12)

En base a estos resultados se determinó que, aunque las UCSF cuentan con una buena articulación entre instituciones de su comunidad y las condiciones generales del consultorio son satisfactorias; la mayoría de establecimientos requieren una mejora de alrededor de 7 puntos para contar con condiciones óptimas para la atención integral de adolescentes y jóvenes, especialmente a la SSSR.

En relación al **Equipo**, el **83%** (10 de los 12 establecimientos tienen un porcentaje de cumplimiento menor al 60%) **de los consultorios para la atención de adolescentes y jóvenes** no cuentan elementos necesarios para su atención integral, requiriendo en la mayoría de establecimientos equipo básico para la atención, además de equipo específico para la atención a la SSSR.

En cuanto al **Mobiliario**, la mayoría de los establecimientos de salud requieren de aquellos que son utilizados al momento de la consulta, como lo son: biombo, banco giratorio, y específicamente para la atención en SSSR como la Mesa y gradas ginecológicas, entre otros. (Anexo 12) En cuanto a **Materiales el 92%** (11 de 12 establecimientos tienen un porcentaje de cumplimiento menor al 60%) de las Unidades de Salud requieren de aquellos que son utilizados para la atención de adolescentes y jóvenes, como: Cartilla de Snellen, Disco de ciclo menstrual, Escala de evaluación de Tanner, entre otras.

Finalmente, en relación a la sección de **Insumos**, en todas las UCSF son requeridos elementos como las hojas de Historia clínica de adolescentes, Historia clínica perinatal de base, carnet de adolescentes mujeres y hombres, Hoja filtro para mujer embarazada, hoja para inscripción de PF, ficha de tamizaje de violencia, buzón de sugerencias, hojas de sugerencia, entre otras.

b) Análisis cualitativo

A continuación, se describe la información cualitativa, para explicar el contexto en que se desarrollan las intervenciones de los servicios de SSSR para adolescentes y las percepciones de personal de salud, personal docente, adolescentes y comunidad. Contrastando la información de la encuesta, la información del diagnóstico de UCSF y la información cualitativa de entrevistas y grupos focales.

Percepción del personal de salud en relación a servicios Amigables para Adolescentes en UCSF

Los servicios de Salud Amigable para adolescente, no se implementa en todas las UCSF visitadas para el estudio. En 4 de las 5 UCSF sus referentes de servicio expresaron, que están en proceso de implementación, pero no tenerlos implementados, no les impide ofrecer una atención integral sobre los servicios de SSSR que se ofrecen a los y las adolescentes, según sus criterios personales, ya que al momento del estudio no se disponía de valuaciones de usuarios del servicio durante los últimos años.

El personal de salud explica que se brindan servicios de acuerdo a las necesidades individuales de quienes los solicitan, se enmarcan en la oferta de los programas de MINSAL, se dan de acuerdo a los recursos existentes y la disponibilidad de horarios para cada UCSF. La promoción del servicio se realiza en las mismas unidades por medio de charlas a la población que asiste a consulta diariamente y fuera de la comunidad se hace por medio de promotores juveniles.

Para la prestación del servicio de atención de ITS, el personal de salud explicó en todas las entrevistas en UCSF, que la interpretación de la LEPINA en su trabajo les implica que todo adolescente de ambos géneros debe asistir con una persona mayor cuando es menor de 18 años, para recibir un tratamiento. Reafirman que es una norma establecida por la LEPINA, que se les exige para la atención de adolescentes y niñez. En caso de urgencias se atienden con la presencia de otro personal de la unidad, para que atestigüe que se da la atención en los términos establecidos. Generalmente a la consulta le acompaña la madre, pero en casos de embarazo, ITS o un abuso son las amistades o una familiar de la pareja quien acompaña, para que la madre no se entere, debido a la poca aceptación y apertura que tiene la familia en estos casos. Mencionaron que en casos de ITS se dan tratamiento y el procedimiento establecido, si se detectan casos de abuso sexual y la víctima es menor de 15 años reportan el caso al sistema nacional de protección (CONNA)

Para el personal de salud, una sexualidad saludable y responsable para adolescentes consiste en abstenerse, postergar las relaciones sexuales, no embarazarse tempranamente y hacer su plan de vida. Principalmente relacionan los embarazos en adolescentes a la falta de un plan de vida y los abusos sexuales de personas mayores, entre ellos la trata sexual comercial.

Los servicios de Salud para Adolescentes, se evalúan con las normas técnicas del Sistema de Monitoreo y Evaluación del MINSAL, usan como indicadores inscripciones, consultas y causas de consulta para medir su rendimiento y metas. Opinan que el servicio para adolescentes tiene poca demanda, la mayoría de consultas son por enfermedades comunes, infecciones respiratorias e intestinales. Para mejorar las prácticas sobre el cuidado de salud sexual y reproductiva de adolescentes consideran que se debe capacitar a docentes para que asuman un papel más protagónico en la educación integral de la sexualidad y en cuanto a las familias involucrarlas y crearles conciencia de la importancia del cuidado de la salud de adolescentes y jóvenes.

Percepción de adolescentes: La población de adolescentes, expresa que no ha escuchado información sobre salud sexual y reproductiva, refieren que han escuchado de educación sexual en los centros escolares y lo asocian a los servicios de planificación familiar y prevención de VIH. Mencionan que han recibido charlas del personal de salud que se imparten en centros escolares. Los que han asistido a las UCSF han escuchado o han recibido un servicio como parte de una consulta médica.

Percepción del Personal Docente: El personal docente opina que las UCSF tienen algunas intervenciones esporádicas, mediante charlas y videos en los centros escolares, pero generalmente no son parte de la curricula escolar. La mayoría de la información se refiere a planificación familiar y prevención del VIH. Opinan que para el estudiantado es provechoso, muestran interés, mientras que para las familias es indiferente, generalmente no preguntan ni participan en estas actividades.

Referentes de la comunidad: Las personas referentes de la comunidad, desconocen los servicios de atención integral de adolescentes y jóvenes en la comunidad, no los han escuchado, pero perciben que son necesarios porque las familias no acostumbran a discutir estos temas. Consideran que para los y las adolescentes es importante, ya que existe un índice elevado de embarazos en niñas, algunas por desconocimiento y otras porque son abusadas sexualmente por personas mayores en el hogar y en las comunidades.

Resultados de 6 Hogares de Espera Materna

a) Resultado cuantitativo

Para este tipo de establecimientos se realizó un diagnóstico de las condiciones de funcionamiento de acuerdo a la normativa técnica establecida a continuación, se presentan los porcentajes de cumplimiento de cada Hogar de Espera Materna en cada una de las secciones. Al finalizar el proceso se realiza un cálculo de la cantidad de puntos obtenidos y se valoró que todos aquellos establecimientos que obtuvieran resultados **menores o iguales a 4 Puntos** serian categorizados con **Deficientes** condiciones para la atención, **mayores a 4 y menores o iguales 8** cuentan con condiciones **Regulares** para la atención y los establecimientos que obtienen **más de 8 puntos** cuentan con **Óptimas** condiciones. (Anexo 5)

Departamento		Chalatenango		La Libertad			Cabañas
Municipio		La Palma	Chalatenango	La Libertad	Ciudad Arce	Colón	Sensuntepeque
Nombre del establecimiento		HEM La Palma	HEM Guarjila	HEM Puerto de La Libertad	HEM Ciudad Arce	HEM Botoncillal	HEM Sensuntepeque
% De cumplimiento	Personal y servicios	74%	69%	49%	69%	67%	75%
	Distribución en planta	61%	28%	33%	17%	17%	67%
	Condiciones del espacio físico	77%	52%	53%	82%	69%	68%
	Equipamiento	26%	37%	58%	32%	47%	58%
	Mobiliario	23%	40%	37%	33%	40%	30%
	Materiales	50%	33%	50%	17%	50%	42%
	Adolescentes	5%	0%	9%	9%	14%	5%
Resultado		3.86	2.79	3.12	3.30	3.52	3.96

*Elaboración propia a partir de los diagnósticos de condiciones de HEM. (Anexo 13)

En base a los resultados se determinó que ninguno de los establecimientos cuenta con las condiciones adecuadas para la atención de mujeres en condición de embarazo, incluyendo adolescentes y jóvenes, al contar con un promedio de **3 puntos** los Hogares de Espera Materna cuentan con **condiciones deficientes** para la atención de las usuarias.

De acuerdo a las condiciones determinadas en los Lineamientos Técnicos para el funcionamiento de los Hogares de Espera Materna de El Salvador, las secciones de **Distribución en planta, Mobiliario, Materiales y Adolescentes** son las que presentan un porcentaje más bajo de cumplimiento para la provisión del servicio de calidad.

Para el caso de la **Distribución en planta**, pese a que dos Hogares cuentan con un nivel de cumplimiento por encima del 60%, de manera general se identificó la necesidad de visibilizar y promocionar todos los servicios que brindan en el establecimiento de salud, asimismo, es necesario mejorar la disponibilidad de agua potable para ingesta y acceso a ambulancias.

En relación al **mobiliario** cada establecimiento cuenta con los elementos básicos para dar atención entre 6 y 12 embarazadas, pero este requiere mejoras, en especial el utilizado para la consulta médica de las pacientes como lo son mesa y gradas ginecológicas, biombo, sillas de ruedas, entre otras.

Todos los Hogares de Espera Materna cuentan con hojas para referencia de embarazadas y, aunque la mayoría cuentan con los materiales para la atención de embarazadas como lo son: Disco y cinta obstétrico, Gráficas de evaluación de talla/edad y los Lineamiento y Documentos regulatorios para la atención de adolescentes; aun requieren **Materiales** que son utilizados para la consejería y procesos educativos de las usuarias, entre ellos se destacan: material y videos educativos alusivos a temas de SSSR para adolescentes. Además, no cuentan con hojas de sugerencias que permita evaluar la calidad de los servicios recibidos en el Hogar.

Finalmente, en cuanto a la sección de **Adolescentes**, todos los establecimientos de salud requieren de un fortalecimiento ya que pese a que algunos cuentan con recursos para la estadía de las pacientes estos no son suficientes y no están en sus óptimas condiciones por lo que requieren de: ropa de cama, almohadas, detergente, Shampoo, Jabón de baño, Gabachas para adolescentes, toallas de baño, paquete ropa interior desechables, pantuflas.

b) Análisis cualitativo

Con base a las entrevistas y discusiones de grupos focales, se describen a continuación las opiniones, percepciones y propuestas del personal referente de HEM participantes en el estudio de Línea de Base. Esta información complementa la información de los resultados de los 6 hogares de espera materna.

Con relación a la calidad de acceso se determinó que es adecuado en horarios de atención, los cuales se refieren que son las 24 horas y los 365 días del año. Son atendidos por personal de salud del área materno infantil, quienes hacen turnos rotativos para cubrir las 24 horas. Algunos no cumplen con los criterios de acceso geográfico porque son casas alquiladas que no tienen ubicación accesible a las usuarias.

La percepción del perfil de usuarias es variada entre el personal entrevistado, pero generalmente opinan que en alguna medida todas tienen un riesgo obstétrico, social y psicológico debido a que provienen de comunidades lejanas, inaccesibles y sin medios de transporte, por lo que tienen que caminar un promedio de 2 horas para lograr tener acceso al servicio; estos riesgos son mayores en las adolescentes debido a que en su mayoría provienen de hogares de extrema pobreza por lo que llegan con bajo peso, inadecuados hábitos de alimentación e higiene, sin ingresos económicos y sin una pareja estable; por ejemplo lo anterior se refleja en la siguiente cita:

Referente de HEM: *La alimentación de ellas, comen churros, toman gaseosa. Se les explica que eso no es bueno para el bebé, las consecuencias o causas que pueden generarle algunos alimentos. Ellas no tienen posibilidades económicas para sobrevivir, no tienen un empleo. Algunos casos no tienen nada de comida en sus casas. (HEM de Ciudad Arce)*

El personal que atiende los Hogares de Espera Materna, explicó que el funcionamiento diario de los hogares tiene una dinámica, acorde a las necesidades de las usuarias que están alojadas, estas incluyen actividades para el cuidado médico, cuidados de la salud, recreativas y educativas.

En los 5 hogares de espera materna visitados para fines del estudio, el personal expresó que las actividades médicas consisten en una consulta médica diaria para evaluar el estado de salud en general y el trabajo de parto y los controles que hace el personal del área materno infantil que atiende el hogar varias veces al día según demanda de la usuaria. Explicaron que algunas veces requieren trasladarse a la unidad de salud comunitaria para algún examen médico (en caso de que el médico no llegue al HEM) un examen biomédico o de gabinete como las ultrasonografías en la UCSF local o al hospital de segundo nivel. Los cuidados diarios de su salud incluyen la higiene personal, la alimentación, el ejercicio físico y descanso, para lo que se establecen rutinas diarias, tomando en cuenta las condiciones de las pacientes y los recursos disponibles, para realizar estas actividades.

Las actividades recreativas son la televisión, manualidades cuando disponen de material; las educativas son: las charlas, consejería, demostraciones del cuidado del recién nacido, información sobre otros aspectos que el personal identifique deficiente o sobre situaciones que la usuaria desea conversar. El personal explicó que generalmente las adolescentes son las que requieren más atención para conversar o recibir consejería, porque la mayoría son madres solteras, sin pareja responsable, llegan con depresión, necesitan atención psicológica, comunican que están arrepentidas del embarazo y no tienen el apoyo de la pareja. La mayoría se hace acompañar de la madre u otros familiares, raras veces llegan con su pareja, lo que percibe el personal que las deprime.

Aunque las referentes de hogares muestran y expresan la mejor disposición de mantener las condiciones adecuadas en el hogar, necesitan crear condiciones de comodidad y seguridad en la planta física, por ejemplo: en los baños, gradas de acceso, techos seguros, espacio de cocina y baños con pisos antideslizantes. En equipamiento médico expresaron la necesidad de dopler, monitor fetal y otros insumos necesarios para dar la atención de control en hogar. En la ubicación geográfica dos referentes de hogares explicaron que, por estar en el centro de la ciudad en una casa particular, las condiciones son inadecuadas, especialmente en tiempos de fiestas y ferias que no permiten el acceso de ambulancias en casos de emergencia, lo cual limita la calidad del servicio.

Uno de los principales intereses del personal es aumentar la promoción de los servicios, con un plan que alcance alta cobertura, pero los medios de los que disponen para tal fin son insuficientes o no los tienen. Actualmente, las estrategias que utilizan para su promoción son charlas en las UCSF, les recomiendan a las usuarias compartir su experiencia en el hogar para motivar a otras adolescentes, buscan espacios para entrevistas y cuñas informativas en radios comunitarias. Actualmente las actividades de promoción incluyen las pasantías comunitarias en las que los promotores llevan a las usuarias a conocer las instalaciones y el ambiente del hogar, para prepararlas para el parto y pasantías por el club de adolescentes embarazadas.

Resultados para los servicios de Parto Humanizado en Hospitales

a) Resultado cuantitativo

Para este tipo de establecimientos se realizó un diagnóstico del área de atención de partos. A continuación, se presentan los porcentajes de cumplimiento de cada hospital en cada una de las secciones.

Al finalizar el proceso se realiza un cálculo de la cantidad de puntos obtenidos y se valoró que todos aquellos establecimientos que obtuvieran resultados **menores o iguales a 4 Puntos** serían categorizados con **Deficientes** condiciones para la atención, **mayores a 4 y menores o iguales a 8** cuentan con condiciones **Regulares** para la atención y los establecimientos que obtienen **más de 8 puntos** cuentan con **Óptimas** condiciones. (Anexo 5)

Departamento		La Libertad	Chalatenango		Cabañas
Municipio		La Libertad	Chalatenango	Nueva Concepción	Sensuntepeque
Nombre del establecimiento		Hospital Nacional San Rafael	Hospital Nacional Luis Edmundo Vásquez	Hospital Nacional de Nueva Concepción	Hospital Nacional San Jerónimo Emiliani
% De cumplimiento	Acciones con instituciones, usuarias y personal	45%	100%	100%	100%
	Distribución en planta	71%	79%	71%	64%
	Condiciones del espacio físico	76%	78%	69%	44%
	Equipamiento	81%	43%	62%	48%
	Mobiliario	13%	33%	27%	40%
	Materiales	90%	60%	80%	50%
	Procedimientos	89%	72%	72%	83%
Resultado		6.68	6.61	6.83	6.48

* Elaboración propia a partir de los diagnósticos de condiciones del área de parto de hospitales. (Anexo 14)

Los resultados del diagnóstico indican que **los hospitales tienen un promedio de 6.65 de condiciones para la oferta del servicio, lo que indica que cuentan con condiciones regulares** para la atención de usuarias. Dentro de los aspectos positivos con los que cuenta están: la coordinación con HEM y a su vez habilitan espacios para que tanto mujeres adultas como adolescentes embarazadas realicen pasantías hospitalarias para conocer los procedimientos previos a su parto, pero en uno de los establecimientos de salud pese a priorizar la capacitación de personal en relación a la atención humanizada cuenta con la particularidad de contar con una rotación de personal cada 3 meses por lo que se dificulta que el 100% se encuentre capacitado.

Del total de secciones que se evalúan las enfocadas al equipamiento y mobiliario son las que se han identificado con un menor porcentaje de cumplimiento de condiciones, para lo cual se ha determinado como prioritario:

- Equipo el área de Parto de los hospitales requieren de: Oftalmoscopio, Pinza de anillo forester recta, Papel para monitor fetal, Monitores fetales, Monitor para signos vitales, Doppler, otoscopio, cinta para medir altura uterina y gabacha para parto humanizado
- Se identificó que el mobiliario necesario para el área de Parto es: Mesa ginecológica, gradas para mesa ginecológica, ventiladores, biombos, banco giratorio, cortinas con riel

para sala de expulsión, banqueta de parto vertical, oasis, tubos sostenedores, pelotas pilates, y aire acondicionado.

Pese a que todos los hospitales obtienen un porcentaje de cumplimiento superior al 70% es necesario que el personal sea fortalecido para la práctica de procedimientos médicos para la atención del parto humanizado como: evitar el rasurado de paciente, evitar la colocación de venoclisis, no romper membranas durante los procedimientos, acondicionar la posición de la mesa ginecológica para facilitar la expulsión del bebé, entre otras.

b) Análisis cualitativo

La oferta de servicios para el parto humanizado tiene diferentes niveles de implementación para cada hospital. Algunos disponen de 2 años de experiencia, refieren tener lecciones aprendidas, testimonios positivos de usuarias y mayor promoción del servicio. Dos de los tres hospitales no han implementado la estrategia de Parto Humanizado, pero explican que tienen el servicio de neonato humanizado que es complementario a la atención del parto.

Según la información proporcionada por la directora del Hospital Nacional Luis Edmundo Vásquez de Chalatenango y el director del Hospital Nacional de Nueva Concepción, los servicios de parto humanizado se diferencian del parto tradicional, por la calidez y organización del servicio. Explicaron en el desarrollo de las entrevistas, que para brindar este servicio el personal ha recibido capacitaciones, teóricas y prácticas, talleres y seminarios que les han permitido llevar a la práctica la humanización del servicio, desarrollar habilidades y competencias para identificar y atender oportunamente el riesgo prenatal, atención del parto y otros temas que les permiten trabajar en ambientes más lúdicos. Estas capacitaciones dan como resultado la satisfacción de usuarias y sus familias.

Durante las entrevistas con el personal referente del Parto Humanizado en 2 hospitales de Chalatenango y 1 en Sensuntepeque, se identificó que, en el momento de la entrevista, no se disponía de un programa único de capacitación a nivel local para personal, por lo que explicaron en las entrevistas, que esta programación es de nivel departamental y central del MINSAL, quienes convocan a capacitaciones al personal de nivel local; su compromiso como personal referente de parto humanizado, Explican que la capacitación es conducida por MINSAL, en colaboración y asesoría de OPS y la participación de algunas ONGS nacionales. El compromiso del personal local es replicarlo a el personal de su establecimiento. Las capacitaciones se enfocan en la humanización del servicio, la identificación y reducción del riesgo obstétrico y neonatal.

En las entrevistas, la directora y los directores entrevistados en los tres hospitales, explicaron que se está capacitando al personal clínico y sensibilizando al personal no clínico. La capacitación la han iniciado con su personal en el hospital, que incluye talleres, pasantías en otros hospitales con más experiencia y con docentes internacionales especializados en el tema. En el siguiente paso se extenderá esta capacitación al primer nivel de atención. (*Anexo 6*) La siguiente cita expresa esta situación:

Medica Referente del Parto Humanizado: Recibimos una capacitación inicial en julio 2018 con otros equipos del MINSAL. replicamos con todo el personal, 5 talleres, en la que se ha incluido a todo el personal clínico en los primeros talleres y nos estamos actualizando compartiéndolo con las universidades. (Hospital Nacional Luis Edmundo Vásquez, Chalatenango)

De acuerdo al personal referente de los servicios de parto humanizado, con la implementación de esta estrategia, las adolescentes son atendidas en un ambiente de mayor comodidad, en la compañía de sus familiares, que les brinda más confianza y les estresa menos para la hora del parto. En su atención hospitalaria, se aplican procedimientos más humanizados que evitan el estrés y el riesgo obstétrico, como es el caso de la episiotomía, que se evita en lo posible por ser considerada como un trauma obstétrico.

Otro de los logros que el personal referente del parto humanizado, identifica es el programa de pasantías que se desarrolla con el objetivo de que las adolescentes que ingresan conozcan previamente el servicio y la estrategia de parto humanizado para mejorar su confianza al asistir al hospital. Al respecto de esta pasantía, opinaron que, aunque no se dispone de evaluaciones sobre este sistema de pasantías, el personal clínico y directores de hospitales, identifican mayor demanda del servicio y niveles más altos de satisfacción de usuarias y usuarios, que se reportan en los libros de testimonios del servicio recibido, que es una especie de evaluación cualitativa que hacen sus usuarios y usuarias.

De acuerdo a las opiniones del personal referente del parto humanizado, los indicadores del servicio muestran la disminución de morbilidad asociada al parto y puerperio, disminución de la mortalidad materna y neonatal, disminución de la estadía hospitalaria y disminución de las complicaciones que requieren ser referidas al tercer nivel. Pese a estos logros, identifican debilidades y necesidades en el servicio, entre ellas la falta de coordinación y trabajo conjunto con el personal de primer nivel, que no está involucrado en la estrategia, así como la promoción del servicio, programas para trabajar con personal del sistema judicial y otras organizaciones locales.

Resultados de la encuesta sobre servicios amigables de salud para adolescentes y jóvenes

Al realizar el análisis de determinadas preguntas según los criterios establecidos (*Anexo 4*) se infiere que el 89% de adolescentes y jóvenes encuestadas consideran adecuada la oferta de servicios de atención integral de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud.

Al analizarlas por género se encontró que esto corresponde a 91% de adolescentes y jóvenes femeninos, 88% de masculinos, y 100% de no binarios encuestados. Y al considerar los rangos de edad, los y las adolescentes del grupo de 15 a 19 años son los principales en percibir adecuada la oferta de servicios al representar el 94%, seguido por los de 10 a 14 años con el 82% y finalmente el de 20 a 24 años con el 100%. (*Anexo 15*)

Tabla 11: Servicios para el cuidado de la salud recibidos por la población de adolescentes alguna vez durante su adolescencia.		
Servicios Recibidos	Cantidad	Porcentaje
Consulta médica	302	95%
Consejería en sexualidad	38	12%
Información sobre ITS	34	11%
Información Sobre VIH	29	9%
Toma prueba VIH	15	5%
Atención por Embarazo	4	1%
Atención por ITS	2	1%

Es de destacar que al analizar aspectos puntuales de cada pregunta seleccionada las conclusiones varían y existen aspectos puntuales a considerar, ya que del total de adolescentes y jóvenes que asistieron a una UCSF en su mayoría recibieron el servicio de consulta médica por enfermedad representando el 95%, mientras que

los servicios propiamente relacionados a la SSSR tienen porcentajes entre el 1 y 11%; por lo tanto el porcentaje inferido al inicio indicada que los adolescentes y jóvenes encuestados consideran adecuada la oferta del servicio de consulta médica.

Al momento de analizar el conocimiento que tienen los y las adolescentes respecto a los servicios de salud disponibles para ellos, se obtuvo que del total de encuestados únicamente el 66% conocen uno o más servicios de salud para adolescentes, pese a que el 82% de adolescentes y jóvenes encuestados han asistido a una UCSF para realizar consultas sobre el cuidado de su salud.

Tabla 12: Porcentaje de adolescentes que conocen de Servicios para el cuidado de la salud							
Servicios conocidos	Género			Grupo Etario			Total
	Femenino	Masculino	No binario	10-14	15-19	20-24	
Información uso métodos anticonceptivos	33%	34%	50%	18%	44%	0%	34%
Necesidad información sobre ITS	24%	33%	50%	20%	34%	0%	28%
Consultas inquietud referida a su sexualidad	18%	26%	50%	25%	21%	33%	22%
Atención por ITS	20%	21%	50%	12%	26%	33%	21%
Atención por embarazo	26%	14%	50%	17%	23%	0%	20%
Solicitud información VIH/Sida	20%	15%	50%	14%	20%	0%	18%
Atención violencia sexual	22%	11%	50%	12%	19%	0%	16%
Información sobre masculinidades	6%	8%	50%	8%	6%	0%	7%
Toma prueba VIH	1%	1%	0%	0%	2%	0%	1%

Lo anterior hace notar la necesidad de que exista un fortalecimiento dentro de las UCSF sobre la promoción y oferta de servicios integrales de salud para adolescentes y en base a los resultados es prioritario los referidos a SSSR ya que solamente el 53% del total de encuestados afirma haber recibido información sobre este tema por parte de personal de salud, prevaleciendo el género femenino al representar el 55%, asimismo, se destaca que de esta población los jóvenes entre 15 y 19 años son los que más consultan a familiares al representar el 66%. (Anexo 15)

Por lo tanto, al analizar la información de servicios conocidos y recibidos se encuentra que los porcentajes de servicios conocidos son más altos comparados con los servicios recibidos durante las consultas a la UCSF, algunos servicios, aunque son conocidos por adolescentes no son recibidos, por ejemplo: Información y toma prueba VIH, información sobre masculinidades y atención a violencia sexual como principales.

4.3. Resultado 1 – indicador 1

PORCENTAJE DE JOVENES QUE INFORMARON QUE SE CUMPLIERON SUS NECESIDADES AL ASISTIR A LOS SERVICIOS AMIGABLES

a) Resultados cuantitativos

Para este indicador se obtuvo que el **41% del total de adolescentes y jóvenes** informen que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante su última visita. Al analizarlas por género se encontró que el 42% de femeninos, 40% de masculinos y 0% de no binarios consideran que los servicios cumplieron con sus necesidades. Y al considerar los rangos de edad, los y las adolescentes del grupo de 15 a 19 años representar el 46%, seguido por los de 10 a 14 años con el 37% y finalmente el de 20 a 24 años con el 0%. (Anexo 16)

Tabla 13: Porcentaje de adolescentes que informan que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables por departamento y género				
Departamento	Femenino	Masculino	No Binario	Total
<i>La Libertad</i>	39%	29%	0%	34%
<i>Chalatenango</i>	44%	53%	NA	48%
<i>Cabañas</i>	46%	47%	NA	46%

La tabla 13 se muestra los resultados desagregados por departamento y género, los porcentajes son en base a la cantidad de adolescentes y jóvenes encuestados por cada desagregación. (Anexo 16)

Al realizar el análisis en específico de algunas preguntas, se destaca que el 82% de los y las adolescentes consultan a personal de salud al momento de tener dudas sobre el cuidado de su salud, prevaleciendo el género masculino debido a que el 87%

Tabla 14: Número y porcentaje de adolescentes que consultan sobre el cuidado de su salud y/o han recibido información sobre SSSR por parte de personal de salud. Desagregado por género				
Familiar	Cuidado de salud		Información sobre SSSR	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
<i>Femenino</i>	153	78%	114	58%
<i>Masculino</i>	164	87%	91	48%
<i>No binario</i>	1	50%	2	100%
Total	318	82%	207	53%

del total de ese género consultan al personal de salud sobre el cuidado de su salud.

Como se mencionó en indicadores anteriores del total adolescentes y jóvenes encuestados el 53% han recibido información respecto a SSSR por medio de personal de salud y en este caso prevaleciendo el género femenino representando el 58%.

Es de destacar que, pese a que la mayoría de adolescentes y jóvenes encuestados indicaron que al momento de su visita a las UCSF les atendieron con amabilidad y/o en condiciones adecuadas, es necesario realizar un fortalecimiento a nivel de infraestructura, equipo, entre otros, debido a que solo el 49% reportan condiciones adecuadas, lo anterior coincide con los resultados obtenidos en los diagnósticos de 12 UCSF en la evaluación del indicador OE111.

Tabla 15: Número y porcentaje de adolescentes que opinan las situaciones al momento de la visita a Unidades de Salud							
Situaciones	Género			Grupo Etario			Total
	Femenino	Masculino	No binario	10-14	15-19	20-24	
Atendieron con amabilidad	79%	74%	50%	80%	74%	67%	77%
Condiciones adecuadas	48%	51%	0%	50%	49%	33%	49%
Realizaron Preguntas incómodas	17%	20%	50%	24%	15%	0%	19%
No me dieron el servicio que necesitaba	9%	13%	0%	5%	14%	33%	11%
Hicieron sentir culpable	3%	3%	0%	5%	2%	0%	3%
Faltaron al respeto	2%	3%	0%	5%	1%	0%	3%

Asimismo, es necesario enfocar el fortalecimiento en la atención que se les brinda a los y las adolescentes ya que pese a ser un porcentaje menor, el 19% manifiestan que les realizaron preguntas incómodas y no se les brindó el servicio que necesitaba al 11% del total de adolescentes y jóvenes que visitaron las UCSF.

b) Descripción Cualitativa

La percepción del personal de salud: Según la experiencia de las direcciones de UCSF, los servicios de salud para adolescentes, no tienen mucha aceptación, los servicios están disponibles en las UCSF, pero la demanda es baja, en parte lo atribuyen a la falta de promoción y otra parte al poco interés de las familias para que adolescentes cuiden su salud. Actualmente, en algunas UCSF por la falta de recursos materiales y personales, atienden a adolescentes en áreas comunes para las demás consultas, los que identifican con poca comodidad y privacidad. Dos de las 5 UCSF han adaptado sus espacios para adolescentes, pero el personal al rotar en sus cargos deja los espacios adaptados y no todo el personal tiene la motivación para conservarlo o mejorarlo. Las direcciones de UCSF explicaron que el personal no está capacitado completamente, y que por la baja demanda atiende otros programas y no sólo a adolescentes. Adicionalmente la siguiente cita nos brinda la percepción que se tiene sobre los adolescentes en relación al servicio:

***Directora de Hospital:** Considero que la salud de los adolescentes es 40% bien y 60% mal, pero creo que el 50% que se cuidan y se protegen. Estamos debajo de la cifra nacional en ITS y embarazos como departamento. (Chalatenango)*

La percepción del personal docente: Con la información de las entrevistas con el personal docente se pudo conocer que el personal de las UCSF ofrece los servicios de salud para adolescentes en los centros escolares, de forma eventual. No existe un programa conjunto entre instituciones lo que genera que las intervenciones sean esporádicas y sin programación, estimaron que se realizan una vez al año, realizan charlas y reproducción de videos sobre las ITS, uso de métodos anticonceptivos y prevención del embarazo. El personal docente explicó que no hay seguimiento, no hay prácticas, sólo es teoría y algunos expresan que lo encuentran obsoleto a las necesidades actuales de adolescentes y jóvenes. De manera complementaria la siguiente cita muestra la percepción dentro del mismo centro escolar:

***Entrevistadora:** ¿Cómo se planifican los contenidos de sexualidad en el aula?*

***Docente de matemáticas:** No sé, las planificaciones son personales y las revisa solamente la directora, pero yo no me doy cuenta de cómo lo hacen. Lo he escuchado a la de clase de ciencias, ella habla fuerte, habla sobre precauciones para las enfermedades venéreas (Cantón Lomas de Peña, Tejutepeque, Cabañas)*

La percepción de referentes de la comunidad: Las personas referentes de la comunidad dijeron que no conocen las actividades que desarrollan las UCSF en los centros escolares, explican que tienen conocimiento de las clases de educación en sexualidad y de salud que imparte el promotor y la promotora de salud. Expresan que, como resultado de estas actividades, la población adolescente acude al promotor de salud, para solicitar condones masculinos, lo que ven muy bueno porque es al personal de salud a quien le tienen más confianza, incluso más que a los familiares y docentes.

En las entrevistas mencionaron que las opiniones de la comunidad respecto a la educación en sexualidad son diversas, aún en una misma familia, algunas opinan que es bueno para que sepan cuidarse, pero otra parte de familias opinan que no es bueno porque dar información acelera el inicio de las relaciones sexo-coitales. Para la comunidad, aunque no son relevantes los temas de sexualidad, ven a bien que se les de educación en sexualidad y que se les den métodos anticonceptivos, como una forma de prevención, porque, en niñas se reportan abusos y violaciones que tienen como consecuencia un embarazo. Adicionalmente la siguiente cita brinda un contexto sobre esta situación de manera específica:

Presidente de ADESCO y del Comité de Deportes del Centro escolar: *En esa cuestión, de sexualidad, no se ha dado eso en mi lugar, talvez en otros lugares, solo comentarios que hay algunos abusos y menores que se han acompañado y que no es normal acompañarse de 18 para abajo. (Centro Escolar Jorge Shafick Handal, Chalatenango)*

Percepción de adolescentes: Para la población de adolescentes, la información que han escuchado y que conocen sobre salud sexual y reproductiva, es muy limitada, expresaron en las entrevistas y grupos focales, que no saben exactamente a lo que se refiere la SSSR, tienen algunas ideas prevalentes que se refiere al inicio de las relaciones sexo coitales, otras ideas lo relacionan a las charlas sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS que les proporcionan en los centros escolares.

Cuando han consultado a una UCSF lo han hecho generalmente por una enfermedad, solamente una menor parte ha recibido al menos un servicio sobre SSSR, y cuando se les preguntó qué les pareció la atención que recibieron, 58.2% opinaron que fue amable para algunos, para otros no fue amable porque el personal estaba muy ocupado, serio, enojado, no ofreció privacidad y mostró poco interés de escucharles. Los tiempos de espera son largos con un promedio de 2 horas o más, sin un asiento, algunos no recibieron el medicamento y expresaron que no regresarían. Explican que prefieren consultar al promotor o promotora de salud, porque son de confianza, están en la comunidad, son discretos y les brinda el servicio. 41.8% opinaron que los atendieron en las condiciones adecuadas. (Anexo 15) Lo anterior se complementa con las siguientes citas:

Adolescente 13 años: *Sentí muy grosera a la enfermera, con el doctor cambió el trato. Me pareció bien porque no me lastimaron y me dieron la medicina, me cayó bien. (Centro Escolar Cantón Veracruz, Ciudad Arce)*

Adolescente 14 años: *Es complicado porque le toca hacer fila a uno, todos fueron bien amables, pero no me atendieron porque ya había una emergencia. (Centro Escolar Cantón Veracruz, Ciudad Arce)*

Clienta simulada: *No me trataron ni bien ni mal, fueron indiferentes, esperé casi 4 horas y al final como no tenía fiebre me dejaron para el turno de FOSALUD. (UCSF de Sensuntepeque)*

Con base a los resultados cuantitativos y lo analizado de las entrevistas individuales y grupos focales de las diversas poblaciones es necesario en primera instancia que exista un trabajo conjunto entre instituciones garantes como MINEDUCYT y MINSAL, con el fin de que adolescentes y jóvenes aumenten y/o mejoren sus conocimientos en relación a la oferta de servicios de SSSR. Asimismo, dentro de los servicios de salud amigable es requerido ciertas mejoras que den respuesta a ciertas situaciones que expresaron los y las adolescentes como: desconocimiento de la ubicación de las UCSF, reducir los tiempos de espera, mejorar la limpieza de las instalaciones especialmente sanitarios, comodidad en la sala de espera, el personal de salud debe tener un trato más amable y discreto, debe existir más disponibilidad de métodos anticonceptivos y medicamentos.

4.4. Resultado 2 – indicador 1

AUMENTO PORCENTUAL DE ASISTENCIA DE ADOLESCENTES Y JOVENES A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD INTERVENIDOS POR EL PROYECTO, DESPUES DE DEL PROCESO DE FORTALECIMIENTO Y CAPACITACION EN SERVICIOS INTEGRALES EN SSSR

Para evaluar el indicador R 2. I1, se analizaron dos tipos de información: datos cuantitativos tomados de la base de datos del SIMOW e información cualitativa de entrevistas y grupos focales. Los datos del SIMOW son registros de inscripciones y controles subsecuentes de adolescentes y jóvenes entre las edades de 10 a 19 años registrados por cada en cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar durante el año 2018.

Esta información se complementa con las opiniones, conocimientos y percepciones de personal de salud, adolescentes, familias y referentes de la comunidad respecto a los servicios de SSSR, obtenidas en las entrevistas y grupos focales.

Tabla 16: Información del SIMMOW de inscripciones de adolescentes en el año 2018, en las 12 UCSF de intervención del proyecto por sexo y grupo etario.						
Establecimiento de salud		Sexo		Grupo etario		
		Hombre	Mujer	10 a 14	15-19	Total
Cabañas	UCSF-E Ilobasco	151	152	294	9	303
	UCSF-I San Isidro	35	65	98	2	100
	UCSF-I Tejutepeque	32	37	60	9	69
	UCSF-E Sensuntepeque	50	100	150	0	150
Total Cabañas		268	354	602	20	622
Chalatenango	UCSF-E La Palma	17	18	28	7	35
	UCSF-I Tejutla	11	12	23	0	23
	UCSF-I Nueva Concepción	148	137	247	38	285
	UCSF-I Chalatenango	92	82	174	0	174
Total Chalatenango		268	249	472	45	517
La Libertad	UCSF-I Ciudad Arce	274	329	445	158	603
	UCSF-I Comasagua	42	36	74	4	78
	UCSF-E Puerto de la Libertad	132	196	281	47	328
	UCSF-I Tamanique	35	27	60	2	62
Total La Libertad		483	588	860	211	1071
Total general		1019	1191	1934	276	2210

Analizando la información del SIMOW, partiendo que la mayoría de la población a nivel país es adolescente y joven; y considerando el perfil de salud, se esperaría que la demanda de servicios para estos grupos de población esté en relación a esos dos determinantes. Sin embargo, SIMOW reporta bajas coberturas de atención.

Tabla 17: Información del SIMMOW de controles subsecuentes de adolescentes en las 12 UCSF de intervención del proyecto por sexo y grupo etario.						
Establecimiento de salud		Sexo		Grupo etario		
		Hombre	Mujer	10 a 14	15-19	Total
Cabañas	UCSF-E Ilobasco	139	194	229	104	333
	UCSF-I San Isidro	157	231	191	197	388
	UCSF-I Tejutepeque	81	107	87	101	188
	UCSF-E Sensuntepeque	72	91	149	14	163
Total Cabañas		449	623	656	416	1072
Chalatenango	UCSF-E La Palma	18	31	29	20	49
	UCSF-I Tejutla	39	45	61	23	84
	UCSF-I Nueva Concepción	103	132	203	32	235
	UCSF-I Chalatenango	202	155	301	56	357
Total Chalatenango		362	363	594	131	725
La Libertad	UCSF-I Ciudad Arce	310	598	368	540	908
	UCSF-I Comasagua	76	136	121	91	212
	UCSF-E Puerto de la Libertad	168	350	228	290	518
	UCSF-I Tamanique	90	159	122	127	249
Total La Libertad		644	1243	839	1048	1887
Total general		1455	2229	2089	1595	3648

Retomando los resultados de las tablas 16 y 17, se identifica que la población de 10 a 14 es la que representa una mayor cantidad de inscripciones así como de controles subsecuentes, en concordancia con los lineamientos en los cuales se establece priorizar la inscripción temprana de adolescentes y jóvenes, los datos muestran que no existe una variación significativa en la inscripción entre hombres y mujeres.

En relación a los controles subsecuentes se identifica que existe una variación significativa en los grupos etarios y por sexo, siendo los hombres y el grupo etario de 15 a 19 años donde se identifica el menor número de atenciones.

Percepción del personal de salud: El personal de salud opina que la baja cobertura de servicios de salud para adolescentes se debe a varios factores, entre ellos la apatía de las familias, la baja promoción y difusión de la oferta de servicios, poca educación sexual y desinterés de parte de la población adolescente.

El personal de salud define a la población adolescente de su área de intervención como una población sana, las consultas en la UCSF son esporádicas, las causas de consultas son principalmente por: infecciones respiratorias, caries dentales, problemas nutricionales, infecciones intestinales, problemas de la piel y en las niñas las cefaleas indeterminadas, las consultas específicas por los problemas de SSSR son poco frecuentes y ocurren cuando ya está instalada una ITS, un embarazo o cuando ocurre una violación que le ocasiona problemas médicos. Algunas atenciones requieren interconsultas con nutricionista, psicología, odontología y dermatología, las que en algunas UCSF no están disponibles y deben desplazarse a un establecimiento con más especialidad. (Anexo 5)

Además de conocer su perfil y causas de consulta el personal conoce las principales causas de embarazo, desde su percepción, atribuidas a: abusos sexuales y violaciones, falta de información a las familias y adolescentes, falta de capacitación de docentes para que brinden una adecuada información en los centros escolares, familias sin comunicación con sus hijos e hijas. Aunque se ofertan métodos anticonceptivos para adolescentes no se relaciona con las causas de embarazo la falta de anticoncepción.

Esta opinión del personal de salud, al contrastarla con la de encuesta de adolescentes, la cual mostró que el 82% de la población ha recibido una consulta para el cuidado de su salud en una UCSF y el 53% ha recibido información sobre SSSR por el personal de salud, refleja una oportunidad perdida, porque la población adolescente ha estado expuesta a las intervenciones del personal de salud, donde se pudo ofertar la inscripción y los controles subsecuentes en el programa de Servicios Amigables para Adolescentes.

Percepción de adolescentes: Opinan que no asisten a las UCSF por que no se enferman, porque consideran que no requieren una atención médica, salvo en casos de enfermedad y accidentes que ya no pueden ser atendidas en casa. No se identifica en las discusiones de grupos focales que se reconozca la importancia de atender la salud en general y menos la SSSR porque no la identifican, ni les han hablado sus fuentes confiables de información. Además, de no reconocer los servicios SSSR, algunos adolescentes opinan que no se satisface su demanda al asistir a una UCSF, buscan amabilidad del personal, mayor empatía, discreción y privacidad, horarios adecuados a su tiempo, esperas más cortas y más comodidad.

Las y los adolescentes que recibieron atención de personal de salud en UCSF, demandaron una consulta por un problema de salud, el más recibido fue la consulta médica para atender una enfermedad y pese a que el interés del personal de salud es captar adolescentes para inscribirlos al programa, solamente un bajo porcentaje recibió servicios de SSSR. De acuerdo a la información obtenida por medio de la encuesta, el 11% recibió consejería en sexualidad, 10% información de ITS. Al analizar esta demanda y oferta, nuevamente se identifica que hay oportunidades perdidas en las atenciones de salud con la población adolescente. Tal como se refleja en las siguientes citas:

***Adolescente 16 años:** A mí no me fue tan bien en la unidad porque esa señora era bien grosera, ni siquiera lo dejaba respirar a gusto a uno. (Centro Escolar Cantón Lomas de Peña, Tejutepeque, Cabañas)*

***Médica Referente de UCSF:** no consultan por salud sexual, les da pena, temen que se les llame la atención, por eso dicen que vienen por una enfermedad común, pero si se indaga se identifican flujos, infecciones (UCSF Sensuntepeque)*

Percepción del personal docente: La oferta educativa incluye los contenidos de sexualidad, que se abordan en la asignatura de ciencias. En las entrevistas explicaron que el personal docente de ciencias tiene la responsabilidad de impartir educación sexual, pero el resto de docentes no aborda ningún contenido de sexualidad, porque no es su obligación, salvo en la parvularia que se les enseñan el conocimiento de su cuerpo.

El personal docente expresa que no disponen de un programa institucional, las intervenciones de las UCSF con los centros escolares son eventuales y las enfocan a algunos grupos de adolescentes, generalmente son coordinadas por el promotor o promotora de salud. La mayoría de docentes entrevistados dijo que no conocen los contenidos porque no hay una agenda compartida, otro grupo opina que a los y las adolescentes ya no les interesan esas mismas capacitaciones, son

mensajes repetitivos que fácilmente los pueden encontrar en otros medios; lo anterior se refleja en la siguiente cita:

Docente: *Vienen a dar capacitaciones esporádicamente. Son obsoletas, con papelitos e imágenes censuradas, a los jóvenes ya no les interesan esas charlas de rutina, ellos tienen otros intereses para aprender. (CE, Cristóbal Iglesias, Ilobasco, Cabañas)*

Pese a que se dan de forma esporádica y no se les comunican sus contenidos, la mayoría del personal ve a bien estas actividades, considera que son parte del programa escolar en ciencias y deben desarrollarse. Otros docentes están en desacuerdo porque creen que solo les hablan de los métodos anticonceptivo, lo cual consideran como una autorización a que inicien las relaciones sexo-coitales y que no ayuda a su comportamiento.

El personal docente opina que a las familias no se les comunica lo que la UCSF enseñan a sus hijos e hijas sobre la sexualidad, porque no muestran interés, no asisten a las reuniones, no preguntan sobre el desempeño escolar. De acuerdo a su experiencia, el personal docente opina que las madres saben que se les enseña sobre la sexualidad, anticoncepción y las ITS, y están de acuerdo, porque en las familias no se abordan estos temas y reconoce la necesidad de informarles para que aprendan a cuidarse.

La percepción de la familia: Las madres en su mayoría expresan que sus aspiraciones para la vida de sus hijas es que no repitan la historia de abusos, violaciones, embarazos e ITS de cuando eran adolescentes y que se dan frecuentemente en las comunidades; además no desean que sean expuestas a juicios de la familia y la comunidad por un embarazo a temprana edad, y la discriminación en los centros escolares cuando se presenta un embarazo en niñas y adolescentes; la siguiente cita complementa estas apreciaciones:

Madre: *La niña hablaba conmigo y me decía “mami y de qué edad se puede tener relaciones uno de mujer” “a qué edad nos tuvo usted a nosotros” ella tenía 15 años, yo le decía “aténgase hija le dije”, yo no quiero que usted salga embarazada. A veces uno de padre piensa que hablar de eso va a pervertir a los hijos. (Municipio de Chalatenango)*

Las madres, padres, abuelas y otras personas cuidadoras, están totalmente en acuerdo que sea la escuela quien brinde la educación sobre sexualidad, lo consideran necesario porque ellos no pueden hacerlo dentro del ambiente familiar. Sus propuestas es que el personal docente sea capacitado, que los contenidos sean progresivos de acuerdo a la edad. En dos municipios opinaron que se controle al personal docente que imparte estos temas, para evitar prácticas de acoso a estudiantes, considerando que el tema podría distorsionarse.

Sobre la oferta de SSSR para adolescentes, la mayoría de madres y padres está de acuerdo, específicamente sobre métodos de anticoncepción, una minoría en desacuerdo por que creen que es darles autorización para que inicien las relaciones sexo-coitales. Algunas madres y padres creen que se deben fomentar métodos naturales y uso del condón masculino para que, según ellas y ellos, no sea afectado el cuerpo de la mujer con los químicos que contienen algunos métodos.

4.5. Resultado 3 – indicador 1

PORCENTAJE DE ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE SIENTEN CONFIANZA TOMANDO DECISIONES SOBRE DSDR.

a) Resultados cuantitativos

Para el Indicador 1 del resultado 3 se obtuvo que el **57% del total de adolescentes y jóvenes** sienten confianza tomando decisiones sobre sus DSDR. Al analizarlas por género se encontró que de estas representan el 56% de femeninos, 59 % de masculinos y 50% de no binarios. Y al considerar los rangos de edad, los y las adolescentes del grupo de 15 a 19 años son los principales en tener confianza al momento de tomar decisiones sobre sus DSDR al representar el 68%, seguido por los de 20 a 24 años con el 50% y finalmente el de 10 a 14 años con el 37%. (Anexo 17)

Al realizar el análisis por departamento muestra que del total encuestados en la Libertad el 64% de adolescentes sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR, para el caso de Cabañas el 61%. y Chalatenango el 41%. Del total de adolescentes y jóvenes femenino encuestadas en La Libertad el 60% indican que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR; y del total de adolescentes y jóvenes masculinos encuestados el 67%.

Para el caso de Cabañas del total de adolescentes y jóvenes femenino encuestadas el 61% sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR; y del total de adolescentes y jóvenes masculinos encuestados sienten confianza el 62% Chalatenango muestra que el 42% del total de adolescentes y jóvenes femeninos encuestadas sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR; y el 41% del total de adolescentes y jóvenes masculinos encuestados, finalmente en La Libertad del total de adolescentes y jóvenes femenino encuestadas el 60% sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR; y del total de adolescentes y jóvenes masculinos encuestados sienten confianza el 67%. (Anexo 17)

Tabla 18: Número y porcentajes sobre toma de decisiones de inicio de relaciones sexuales, por género.

Decisiones	F	M	No binario	Total
Iniciaron	8%	29%	0%	18%
No he iniciado	92%	70%	100%	82%
No responde	0%	1%	0%	0%
Han iniciado	F	M	No binario	Total
Antes de los 10 años	13%	13%	0%	13%
Entre los 10 y 14 años	53%	41%	0%	46%
Entre los 15 y 19 años	33%	41%	0%	41%

Al realizar un análisis desagregado sobre algunas preguntas en específico, del total de adolescentes y jóvenes encuestados en su mayoría han decidido no iniciar relaciones sexuales al representar el 82%, mientras que el 18% ha decidido dar inicio de las relaciones sexo-coitales. Al realizar un análisis por género de este último, esto representa al 29% de adolescentes

masculinos y 8% de femenino. De manera detallada los y las adolescentes en su mayoría tuvieron su primera relación sexual entre los 10 y 14, al representar el 46%, mientras que los que iniciaron entre los 15 y 19 años representan el 41%. La mayoría de mujeres jóvenes que han iniciado relaciones sexo-coitales inició entre los 10 y 14 años.

Las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, se exploró y de forma general del total que han iniciado relaciones sexuales el 69% han utilizado algún método anticonceptivo, al realizar un análisis por género de este último, el 75% representan los adolescentes masculinos y 47% el femenino. De manera desagregada al analizar cada método anticonceptivo se obtuvo que el más utilizado por los y las adolescentes es el condón masculino al representar el 94% y es de destacar que del total que han iniciado relaciones sexo-coitales y afirman utilizar algún método anticonceptivo ninguno hace uso de: Método del Ritmo, Diafragma, Esterilización, DIU y/o Implantes.

Tabla 19: Número y porcentajes de adolescentes que han iniciado relaciones sexuales y que han utilizado algún método anticonceptivo por género y tipo de método.

Variable	Femenino	Masculino	Total	
Utilizan algún método	7	41	48	
Porcentaje	47%	75%	69%	
Método	F	M	Total	Porcentaje
Condón masculino	5	40	45	94%
Píldoras anticonceptivas	3	0	3	6%
Condón femenino	1	2	3	6%
Inyectables	2	1	3	6%
Coito interrumpido o retiro	0	2	2	4%
Gel y crema espermicidas	0	2	2	4%
Píldora día después	1	1	2	4%
Método del Ritmo	0	0	0	0%
Diafragma,	0	0	0	0%
Esterilización	0	0	0	0%
DIU	0	0	0	0%
Implantes	0	0	0	0%

De igual forma al realizar el análisis de este indicador partiendo de los conocimientos generales que puedan tener los y las adolescentes, se obtuvo que el 95% de adolescentes y jóvenes afirman conocer sobre uno o más temas relacionados a la sexualidad, prevaleciendo la Prevención de embarazo con un 66%, seguido de ITS con el 61% y en tercer lugar Métodos Anticonceptivos con el 55%.

Tabla 20: Porcentajes de adolescentes y jóvenes que informan que conocen de temas de SSSR, por género y grupo etario.

Temas	Género			Grupo Etario			Total	
	Femenino	Masculino	No binario	10-14	15-19	20-24		
Prevención embarazo	70%	58%	100%	53%	72%	67%	250	64%
ITS	62%	57%	50%	44%	69%	67%	231	60%
Métodos anticonceptivos	59%	49%	50%	26%	71%	100%	210	54%
VIH	48%	48%	50%	37%	55%	33%	187	48%
Violencia sexual	51%	42%	50%	45%	48%	67%	181	47%
Violencia género	27%	30%	50%	20%	33%	33%	110	28%
Diversidad sexual	16%	20%	50%	12%	22%	33%	71	18%

- Es de destacar que al realizar el análisis por género en la mayoría de las temáticas son las del género femenino las que afirman conocer más en comparación a los del género masculino. Estas brechas son más notables en los temas de: Prevención de embarazo, ITS, Métodos Anticonceptivos y Violencia sexual.
- Pero los temas de Violencia de género y diversidad sexual, aunque con una brecha menor se observa que son más los del género masculino los que afirman conocer sobre las temáticas en comparación al género femenino.

- Al observar el análisis por grupo etario los porcentajes en de adolescentes y jóvenes que afirman conocer sobre las temáticas en la mayoría de los casos el grupo de 15 a 19 años es superior al de 10 a 14, teniendo una diferencia de 20% o más en las primeras cuatro temáticas.

Tabla 21: Niveles de conocimiento de adolescentes y jóvenes sobre temas de SSSR

Tema	Conocimiento promedio		
	% Correcto	% Incorrecto	% Desconocen
Prevención embarazo	56.19%	19.85%	23.97%
Métodos anticonceptivos	28.40%	15.67%	55.93%
ITS	24.48%	12.89%	62.63%
Promedio	36.36%	16.14%	47.51%

Al realizar una revisión más detallada enfocado a los principales temas que afirman conocer adolescentes y jóvenes se obtuvo que en promedio el 47.51% tienen un desconocimiento sobre las temáticas y un 16.14% tienen conocimiento incorrecto, es decir que casi dos tercios de adolescentes y jóvenes no cuentan

con la información adecuada sobre las temáticas establecidas. (Anexo 19)

En relación a las ITS se obtuvo que el 63% de las adolescentes encuestas desconocieran sobre la temática y un 13% contaban con conocimiento incorrecto. Al realizar el análisis por grupo etario no se obtuvieron mayores discrepancias ya que los y las adolescentes de 10 a 14 años desconocían del tema un 66% y del grupo de 15 a 19 un 60%. Finalmente, al analizar por departamento el porcentaje de jóvenes que desconocían sobre ITS se obtuvo que en Chalatenango el 67% de los encuestados no tuvieron conocimientos respecto a las Infecciones de Transmisión sexual, en La Libertad el 66% y en Cabañas el 54%. (Anexo 19)

Al analizar el conocimiento que adolescentes y jóvenes tienen en relación a Métodos anticonceptivos del total de adolescentes femeninas encuestas únicamente el 24% contaban con conocimiento correcto respecto a la temática, comparado con el 32% de adolescentes masculinos, y en cuanto a grupo etario, las adolescentes entre 10 a 14 años son las que cuentan mayor desconocimiento ya que únicamente el 22% de las encuestadas tenían conocimientos correctos respecto a Métodos anticonceptivos. Al analizar los resultados por departamentos se obtuvo que el 22% de los y las adolescentes en Chalatenango encuestados en ese departamento tenían un conocimiento correcto de Métodos Anticonceptivos, en La Libertad el 28% y en Cabañas el 34% de los y las jóvenes tenían conocimiento correcto sobre la temática.

Al retomar todos los aspectos descritos tanto a nivel de decisiones y conocimientos se puede afirmar que, aunque el 57% adolescentes y jóvenes tienen confianza al momento de tomar decisiones en su mayoría han optado por no iniciar relaciones sexuales, pero es de tener presente que aunque un gran porcentaje de jóvenes afirman contar con conocimiento sobre temáticas entorno a la sexualidad y al analizar de manera desagregada la información, se concluye que la mayoría de adolescentes y jóvenes no conocen de manera específica sobre métodos anticonceptivos, prevención de embarazo, ITS. entre otros.

b) Descripción Cualitativa

Los conocimientos sobre la SSSR que los jóvenes poseen como se ha mencionado anteriormente en el desarrollo de este informe, son muy pocos, algunos incorrectos, no son conocimientos estructurados que les ayuden a tomar una decisión acertada para el cuidado de su salud y el ejercicio de sus DSDR, lo que se contrasta con la toma de decisiones analizada con la encuesta sobre el uso de métodos anticonceptivos y el inicio de relaciones sexuales.

Los conocimientos que la población adolescente posee, provienen de sus familiares como fuente principal, y la otra fuente importante es el personal de salud, sin embargo, en las familias no se acostumbra a discutir los temas de sexualidad abiertamente y con el personal de salud, las consultas son enfocadas a una enfermedad y no a la SSSR. Ambas fuentes les proveen consejos y pautas para cuidarse para evitar un embarazo o una ITS como objetivo principal.

Otras fuentes de información son las amistades y compañeros de estudio, a quienes acuden por sentirse en confianza para hablar del tema. En la encuesta se verificó que el internet y las redes sociales no fueron reportadas como fuentes importantes para conocer sobre su sexualidad, aunque el personal docente, de salud y familiares, opinan que lo usan con mucha frecuencia para buscar información. Las y los adolescentes, así como expresan en la encuesta que están de acuerdo que su padres y madres hablen con ellos y ellas sobre la sexualidad. Pero la siguiente cita refleja una contexto complejo para poder lograrlo:

Entrevistadora: *¿con quién has hablado de estos temas? ¿De qué te gustaría que te hablaran de sexualidad?*

Niña de 14 años de cantón el Gramal, Chalatenango

No, nunca hablo con nadie, mi mamá murió cuando yo tenía 4 años, la mataron y siempre me he criado con mi abuela. La verdad que sí me gustaría hablar, porque uno se siente apoyado y escuchado. No lo sé, tal vez de todo quiero preguntar, lo que yo pienso que estoy haciendo mal o si no está bueno.

La mayoría de los niños y adolescentes no consultan a las unidades de salud, sus madres no les apoyan para hacer una consulta, aunque tengan una inquietud sobre su sexualidad, como la menstruación, el inicio de sus relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos y otras más que expresaron sobre la edad apropiada para embarazarse, dudas o temores sobre la interrupción del embarazo, los cuales dijeron que no se les explica ni en casa ni en los establecimientos de salud. Por ejemplo la siguiente cita expresa esta situación:

Entrevistador: *¿hablas con tu familia sobre la sexualidad?*

Adolescente mujer de 14 años, Tamanique, La Libertad: *Yo no espero que ellos vayan con el garrote, pero es así porque los papás ya saben cómo es la adolescencia, pero no quieren comprender lo que uno les pregunta. Ellos muy adolescentes se acompañaron y talvez no quieren eso para mí.*

Los niños y las niñas, no poseen claridad sobre el ejercicio de sus derechos, aunque teóricamente lo expresan, no tienen fundamentos para expresar una opinión respecto a sus decisiones actuales y futuras. Opinan que la edad apropiada para iniciar las relaciones sexuales está relacionada al estudio, al trabajo, al buen comportamiento en la familia. Creen que los 18 años es una edad apropiada porque sus familiares así les aconsejan. Las familias creen que a las niñas se les debe dar más información para que se cuiden, a los niños se les considera que aprenden fuera de casa o que no necesitan cuidarse. Otra de las prácticas que se refuerza en familia es que los hombres no acuden a los establecimientos de salud porque no se enferman o son fuertes, sin embargo, cuando se interioriza con adolescentes hombres, ven la necesidad de cuidar su salud y atenderse, pero no existen actualmente los medio apropiados en las instituciones y en las familias. Lo anterior se complementa con la siguiente cita:

Adolescente Hombre de 16 años: *Me gustaría que fuera la clínica aparte solo para salud sexual para una orientación bien amplia. En esta edad uno piensa que “joder” es la vida, pero no es así y si le orientan lo que se debe hacer o no, los jóvenes lo toman a bromas, pero es porque uno no sabe qué hacer. (Centro Escolar Gerardo Barrios. Tamanique. La Libertad).*

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Condiciones actuales de los programas para adolescentes

- 1) A partir de la información analizada, se concluye que los actuales programas para adolescentes y jóvenes tienen una base legal y normativa técnica, la cual es del conocimiento del personal clínico y no clínico; pero en la práctica las UCSF no las implementan por la falta de recursos humanos y materiales. Los establecimientos de salud no poseen el equipamiento, capacitación de personal, programas de promoción de los servicios, recursos de apoyo y logística para dar respuesta a la demanda existente como se establece en el marco legal y normativo.
- 2) La oferta actual de servicios no es accesible a la población adolescente, se identifican barreras culturales, horarios y servicios que ofrecen las UCSF que no son compatibles con sus intereses y necesidades. Las barreras culturales limitan la comunicación entre el personal de salud y la población adolescente, en tanto que el personal de salud cree que los adolescentes muestran poco interés en atender su SSSR, los adolescentes desconocen lo que implica el cuidado de la SSSR y la oferta de servicios disponibles en las UCSF.
- 3) De acuerdo a la información analizada en este estudio, se identifica que existe una alta demanda de servicios en SSSR para toda la población (grupos focales con familias y entrevistas con referentes comunitarios) pero especialmente para adolescentes quienes necesitan y demandan servicios informativos y de atención; sin embargo, no se identifica esta demanda, en los establecimientos de salud porque aún persiste el enfoque curativo de la salud.
- 4) Los servicios para adolescentes tienen poca demanda porque no los conocen, incluso no saben en qué consiste la SSSR. Otra de las razones es porque no se sienten aceptados por el personal de salud, excepto por los promotores y promotoras a quienes les tienen confianza y recíprocamente este personal les guarda la privacidad y confidencialidad.

La percepción del personal de salud respecto a la atención a adolescentes y jóvenes

- 1) El personal de salud percibe que la población adolescente no accede a los servicios por falta de interés y falta de apoyo a la familia, a pesar de la baja cobertura no se identifican acciones que aumenten la demanda o algunas estrategias para llegar a la comunidad de adolescentes. Actualmente se ofrecen con el mismo personal y en los mismos ambientes que el resto de atenciones a las personas adultas.
- 2) La SSSR de adolescentes no se percibe como una necesidad en la oferta de servicios, por la información del estudio se puede concluir que los y las adolescentes reciben más atenciones médicas, interconsultas y exámenes de gabinete cuando ya hay un embarazo, una ITS o una violación, contrario cuando se consulta por una situación sobre la SSSR.

Conocimientos de adolescentes y jóvenes, sobre su sexualidad

- 1) En general la mayoría de adolescentes, obtienen una baja puntuación porcentual en los conocimientos sobre sexualidad, que se presentaron en la encuesta. Todos los temas sobre la percepción de su propia sexualidad, opiniones sobre la diversidad sexual, roles de género y masculinidad, mostraron los más bajos conocimientos. Estos aspectos deben considerarse con suma importancia porque de sus conocimientos y creencias sobre sexualidad definen sus conductas sexuales, las cuales pueden asociarse a un riesgo en salud y afectar los demás ámbitos de su vida. Tal como se explicó la actitud de familias y personas de la comunidad les discriminan y les culpan por un embarazo a temprana edad o por el inicio de sus relaciones sexo-coitales. Esto conlleva al abandono de la escuela, trabajo a temprana edad y el siguiente embarazo.

- 2) Aunque se reporta el desarrollo de la educación sexual en la escuela, los resultados indican que tienen bajo nivel de conocimientos sobre sexualidad. En la muestra de adolescentes, el inicio de las relaciones sexo-coitales está reportado en bajos porcentajes, lo que implica intervenciones urgentes para que tomen decisiones y ejerzan sus derechos con base al conocimiento y consentimiento informado, considerando que el inicio de relaciones sexuales sin el adecuado conocimiento y madurez, aumenta el riesgo para la SSSR, física y mental.

Apertura en familiares y otras personas influyentes en su crianza en la toma decisiones para el ejercicio de sus DSDR y uso de servicios

- 1) las familias de la zona de estudio poseen limitada información sobre la SSSR, los conocimientos expresados son sobre los servicios que han recibido en un establecimiento de salud, por ejemplo: la planificación familiar, el control de embarazo y la atención a las ITS. No reconocen la importancia de la educación integral de la sexualidad, ni la importancia del cuidado de la SSSR. Algunos padres y madres creen que si evitan esta información en sus adolescentes ayudaran a postergar el inicio de las relaciones sexo-coitales, enamorarse y embarazarse. Se cree que la información les incita y les abre la mente a iniciar una vida sexual activa.
- 2) Se concluye que madres y padres son poco tolerantes, ante los problemas de la SSSR de las y los adolescentes, su meta es postergar el inicio de una vida sexual activa, un embarazo o una ITS.
- 3) La percepción de las personas adultas sobre la sexualidad de adolescentes es errónea al asegurar que todas las niñas y niños inician las relaciones sexuales a temprana edad, incluso antes de los 10 años, sin embargo, los y las adolescentes expresaron, que 82% no ha iniciado sus relaciones sexuales incluyendo adolescentes entre 15 y 19 años.

Fortalecimiento de los servicios para adolescentes

- 1) Se concluye que inexistencia de un programa de trabajo conjunto MINEDUCYT-MINSAL debilita las relaciones y las acciones institucionales y comunitarias. Esto a su vez es un factor que limita la aplicación de EIS en el aula ya que el personal docente expresa que el personal de salud no atiende debidamente a la población de adolescentes, que no se actualizan y las charlas son obsoletas y no motivan a los jóvenes.
- 2) Así mismo los docentes culpan a las familias de negligentes, poco participativas e indiferentes; por lo que la aplicación de las curriculas sobre la salud sexual y reproductiva se podría ver limitada por este factor.

5.2. Recomendaciones

- 1) Es necesario que el proyecto contemple la promoción de los servicios de salud para adolescentes y ofertarse a las familias, para que conozcan su disponibilidad y la importancia de continuar en la adolescencia con una inscripción y controles de salud al terminar el control infantil. Lo anterior se considera como un aspecto que ayudaría a un cambio de actitud si las madres y padres ven la atención en la adolescencia como una oportunidad de tomar las decisiones adecuadas en el momento adecuado; romper el paradigma que la información y la educación integral de la sexualidad acelera el deseo sexual.
- 2) Aunque a nivel país se cuenta con normativas y lineamientos para la atención de adolescentes y atención humanizada, se recomienda implementar un proceso de sensibilización y capacitación, para mejorar el desempeño del personal de salud, debido a que en base a las visitas de clienta simulada se comprobó, que si no hay una patología o

una afección física - biológica las consultas de adolescentes son una rutina más seleccionada con los mismos parámetros de la enfermedad y no de la prevención de riesgo.

- 3) Se recomienda que el proyecto priorice el fortalecimiento de conocimientos en adolescentes y jóvenes en relación a: sexualidad, diversidad sexual, roles de género y masculinidad al ser de las principales temáticas sobre las cuales se concluyó desconocer más los y las jóvenes.
- 4) Se recomienda realizar actividades con familias ya que es importante estas conozcan que existen derechos y deberes, que deben respetarse y cumplirse en cada etapa de la vida. La apertura y el apoyo para el ejercicio de DSDR requiere que las familias comiencen un proceso de información y sensibilización para romper paradigmas, mitos y tabúes que han naturalizado en la crianza. Por ejemplo: la cultura de callar el abuso, uniones de niñas con hombres adultos, ocultar el abuso entre niños y niñas, callar el acoso en la escuela y en otras instituciones.
- 5) En base el desarrollo de la consultoría se observó que el personal de las instituciones valoran y creen en el trabajo de las ONGS y otras instituciones locales, pero no logran identificar como estos esfuerzos se encuentran vinculados o en su defecto contribuyen a la ejecución de los planes estratégicos e intersectorial en la atención de la salud sexual y salud reproductiva de la población de adolescentes; por lo que se recomienda que el proyecto visibilice las vinculaciones y propicie el trabajo en conjunto para potencializar el cumplimiento de sus objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Educación (MINED) *Fundamentos de la educación integral de la sexualidad. Currículo parvularia, básica y media.* El Salvador. 2014.
- CONNA. (2013). *Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia.* El Salvador. San Salvador .
- DIGESTYC. (2018). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.* San Salvador. El Salvador.
- DIGESTYC. (2018). *Encuesta de Hogares de Propósito Múltiples (Página 4)* San Salvador. El Salvador. 2018.
- EHPM. (2018). *EHPM 2018. 14 indicadores de pobreza multidimensional.* San Salvador.
- DIGESTYC. Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Economía Gobierno de la República de El Salvador. El Salvador.
- INS. Instituto Nacional de Salud (2017). *Tendencia de embarazos y partos en adolescentes, periodo Período 2013 a 2016 Página 18.* San Salvador. El Salvador
- INS. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud. Encuesta nacional de Salud de indicadores múltiples por conglomerados. *Informe 2017.* San Salvador. El Salvador.
- MINSAL. (2012) *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.* El Salvador 2017.
- MINSAL. (2014). *Plan Intersectorial para la atención integral de la Salud de la población adolescente y joven. 2012 - 2014.* San Salvador. El Salvador .
- MINSAL. *Plan estratégico intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019.* San Salvador.
- MINSAL. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS. Marzo 2018. El Salvador.
- MINSAL. (2017). *Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2020.* San Salvador.
- OMS. (2012). <https://www.paho.org/>.
- OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.* Ginebra, Suiza : Organización Mundial de la Salud 2018.
- PDDH. (2015). *Informe especial sobre el estado de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador.* San Salvador: Procuraduría de la Defensa de Derechos Humanos en El Salvador .
- PLAN ES. (Junio 2019). *TDR Consultría Línea de base del Proyecto Servicios Integrales de salud y educación para adolescentes y jóvenes en El Salvador.*
- UNFPA. (2017). *Mapa de embarazos en niñas y adolescentes de El Salvador | UNFPA | MINSAL.* San Salvador.
- UNICEF. (2014). *Análisis de Situación de la Infancia. El Salvador. UNICEF. Derecho a la protección de niñas, niños y adolescentes Capítulo 3.* San Salvador.

LISTADO DE ANEXOS

- **Anexo 1**
 1. Listado de leyes y políticas enmarcadas en DSDR
- **Anexo 2**
 1. Procedimiento de la selección de la muestra estadística para encuesta
- **Anexo 3**
 1. Tabla: Centros Escolares Participantes en la Encuesta según Municipio y Departamento
 2. Tabla: Distribución de participantes en la encuesta de adolescentes según género
 3. Tabla: Distribución de la encuesta según centros educativos, fechas, municipios y departamentos
- **Anexo 4**
 1. Tabla: Preguntas seleccionadas para evaluar los indicadores del proyecto en la Línea de Base
- **Anexo 5**
 1. Herramientas del diagnóstico de establecimientos de salud
 - a) Herramienta de Monitoreo de Equipamiento, materiales e insumos de UCSF
 - b) Herramienta de Monitoreo de Equipamiento, materiales e insumos de Hogares de Espera Materna
 - c) Herramienta de Monitoreo de Equipamiento, Materiales e Insumos de Área de Parto en Hospitales
- **Anexo 6**
 1. Tablas de sistematización de entrevistas elaboradas a partir de los audios de grabaciones y notas de entrevistadores
 - a) Referente de servicios de parto humanizado
 - b) Personal director de UCSF referentes de servicios amigables para adolescentes
 - c) Referentes de UCSF servicios amigables para población adolescente
 - d) Referentes de HEM
 - e) Personal docente
 - f) Referentes de la comunidad
 - g) Niñas, niños y adolescentes
 - h) Clientes simulados
- **Anexo 7**
 1. Instrumentos de recolección de información cualitativa
 - a) Información de refrescamiento par personal de campo
 - b) Guía para entrevista para referentes de servicios de salud
 - c) Guía para entrevista direcciones de UCSF
 - d) Guía para entrevista con referentes de parto humanizado en hospitales
 - e) Guía para entrevista para referentes de hogares de espera materna
 - f) Guía de entrevista con adolescentes y jóvenes
 - g) Guía para entrevista individual con direcciones de centros escolares
 - h) Guía para entrevista con personal docente no participante EIS
 - i) Guía para entrevista individual con referente de la comunidad
 - j) Guías para grupos focales

- k) Guía para grupos focales con madres, padres y personas cuidadoras
 - l) Guía para grupo focal con adolescentes y jóvenes entre 12 a 19 años.
 - m) Encuesta auto aplica para adolescentes
- **Anexo 8**
 - 1. Tabla: distribución de la población participante en entrevistas y grupos focales
- **Anexo 9**
 - 1. Consentimiento informado
- **Anexo 10**
 - 1. Instrumentos de recolección de información
 - a) Entrevista de cliente simulado
 - b) Lista de chequeo para clienta simulada – entrevista de salida
- **Anexo 11**
 - 1. Calculo de indicador "OG.I1.Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan actitudes positivas de familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes"
 - 2. Calculo de preguntas:
 - a) ¿A dónde consultas para el cuidado de tu salud?
 - b) ¿Quién te brindó esa información?/ Sobre SSSR
 - c) ¿A quién acudirías ante una sospecha de embarazo?
 - d) ¿A quién acudirías ante una sospecha de infección de transmisión sexual (ITS)?
 - e) Los padres y madres deben hablar sobre sexo y sexualidad con sus hijos e hijas
- **Anexo 12**
 - 1. Calculo de Diagnostico de UCSF (Digital).
- **Anexo 13**
 - 1. Calculo de Diagnostico de HEM (Digital).
- **Anexo 14**
 - 1. Calculo de Diagnostico de Hospitales (Digital).
- **Anexo 15**
 - 1. Calculo de indicador "OE1.I1. Número de establecimientos de salud del área de intervención del proyecto han ampliado y/o mejorado su oferta de servicios de atención integral de salud sexual y salud reproductiva" (Digital).
 - 2. Calculo de preguntas (Digital).:
 - a) ¿A dónde consultas para el cuidado de tu salud?
 - b) Si fuiste a la Unidad de Salud o clínica privada, ¿qué servicios recibiste para el cuidado de tu salud?
 - c) ¿Cuáles de los servicios de salud para adolescentes conoces?
 - d) ¿Has recibido información sobre salud sexual y salud reproductiva?
 - e) ¿Quién te brindó esa información?/ Sobre SSSR
- **Anexo 16**
 - 1. Calculo de indicador "R1. I1. Porcentaje de jóvenes que informaron que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante los últimos 12 meses." (Digital).
 - 2. Calculo de preguntas (Digital).:
 - a) ¿A dónde consultas para el cuidado de tu salud?
 - b) Durante tu visita, ¿ocurrió alguna de estas situaciones?
 - c) ¿Quién te brindó esa información?/ Sobre SSSR
- **Anexo 17**

1. Calculo de indicador "R.3. I.1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR." (Digital).
 2. Calculo de preguntas (Digital):
 - a) ¿Cuáles de los siguientes temas conoces?
 - b) ¿Cuáles métodos anticonceptivos conoces?
 - c) ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
 - d) ¿Has utilizado algún método anticonceptivo?
 - e) Marca los métodos anticonceptivos que usas o has usado alguna vez
- **Anexo 18**
 1. Calculo de preguntas para el indicador de "Análisis situacional de adolescentes y jóvenes" (Digital).
 - a) ¿A dónde consultas para el cuidado de tu salud?
 - b) ¿Quién te brindó esa información?/ Sobre SSSR
 - c) ¿Cuáles son los riesgos de salud sexual más grandes para adolescentes y jóvenes?
 - d) ¿Cuáles son los riesgos de salud sexual y salud reproductiva más grandes para una mujer?
 - e) Si fuiste a la Unidad de Salud o clínica privada, ¿qué servicios recibiste para el cuidado de tu salud?
 - **Anexo 19**
 1. Calculo de preguntas por tema (Digital):
 - a) Diversidad sexual
 - b) ITS
 - c) Masculinidades
 - d) Métodos anticonceptivos
 - e) Prevención embarazo
 - f) Sexualidad
 - g) VIH
 - h) Violencia de género
 - i) Violencia género
 - j) Violencia sexual
 - **Anexo 20**
 1. Análisis de base de datos (Digital):
 - a) Base y tabla dinámica general.
 - b) Base y tabla dinámica "OG. I1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reportan actitudes positivas de familiares con los que vive y las comunidades respecto a la sexualidad de adolescentes."
 - c) Base y tabla dinámica "OE1.I1. Número de establecimientos de salud del área de intervención del proyecto han ampliado y/o mejorado su oferta de servicios de atención integral de salud sexual y salud reproductiva"
 - d) Base y tabla dinámica "R1. I1. Porcentaje de jóvenes que informaron que se cumplieron sus necesidades al asistir a los servicios amigables durante los últimos 12 meses.
 - e) Base y tabla dinámica "R3.I1. Porcentaje de adolescentes y jóvenes que sienten confianza tomando decisiones sobre DSDR."
 - **Anexo 21**
 1. Análisis situacional de adolescentes y jóvenes