

PRODUCTO FINAL

Situación de la
discriminación y brechas
de acceso a derechos
sexuales y reproductivos

PRESENTADO POR: LIDIA EMELY RIVAS
GÓMEZ





CONTENIDO

_Toc44878071

PRESENTACIÓN..... 4

SIGLAS Y ACRÓNIMOS..... 7

1. MARCO INSTITUCIONAL SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS 11

1.1 *Marcos regulatorios nacionales*..... 11

1.2 *Ratificación de convenios internacionales* 13

2. DIMENSIONES DE LOS EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES. 20

2.1 *Políticas públicas* 20

2.2 *Dimensión Cultural* 21

2.3 *Dimensión educativa* 22

2.4 *Dimensión Económica*..... 23

2.5 *Dimensión Social* 23

3. INCIDENCIAS DE CASOS DE EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES 24

3.1 *Inscripciones prenatales en los Municipios de Incidencia del Proyecto* 24

1.1 *Partos atendidos*..... 26

2. CAUSAS ASOCIADAS AL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES 29

2.1.1 *Uniones y naturalización del embarazo en edades tempranas* 29

2.1.2 *La violencia hacia niñas y adolescentes*..... 30

2.1.2.1 *A nivel nacional* 30

2.1.2.2 *A nivel departamental*..... 32

2.1.3 *Inicio temprano de la primera relación sexual*..... 33

2.1.4 *Educación sexual excluyente* 34

2.1.5 *Limitada autonomía para decidir* 36

2.1.6 *Condición de pobreza y exclusión* 36

2.1.7 *Inversión pública en niñez y adolescencia insuficiente*..... 37

2.1.8 *Limitado uso de métodos anticonceptivos*..... 38

2.1.9 *Evolución del uso de servicios de planificación familiar (2017 a 2019)* 42

3. BRECHAS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA..... 43



3.1		. Disposición
de		servicios de
salud sexual y reproductiva en los Municipios	43	
3.2	Servicios que están disponibles de salud sexual y reproductiva	44
3.3	Acceso a servicios sexuales y reproductivos en los Municipios	45
3.4	¿Quiénes acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Territorio?	46
3.5	Provisión de servicios sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad	47
3.6	Provisión de servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminación	47
3.7	Provisión de servicios sexuales y reproductivos accesibles y de calidad	48
4.	CONSECUENCIAS DE LOS EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES	50
1.1	Morbilidad materna	51
1.2	Aborto	52
1.3	Suicidio	53
1.4	Deserción e interrupción escolar por embarazo y maternidad	54
1.5	Fracaso en el Plan de vida	58
1.6	Precariedad y pobreza	59
5.	CONCLUSIONES	61
6.	RECOMENDACIONES	63
7.	BIBLIOGRAFIA	65
51.	COMPENDIO ESTADÍSTICO	68



PRESENTACIÓN.

El presente documento contiene el documento final sobre las situaciones de discriminación y brechas de acceso a DSR, en el que se profundiza en las dimensiones, causas y consecuencias de los embarazos en niñas y adolescentes en cuatro Municipios del Departamento de Usulután (Alegoría, Berlín, Mercedes Umaña y Usulután), que tienen como objetivo de que los resultados obtenidos a partir del mismo, contribuyan a retroalimentar las acciones públicas de denuncia, la construcción de agendas reivindicativas de las mujeres, así como para los posicionamientos políticos feministas en los temas de prevención de embarazos y situaciones de discriminación y brechas de acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

En el marco de enfoque de derechos humanos, los derechos sexuales, otorgan el derecho de las personas a decidir de manera libre y responsable sobre los aspectos de su sexualidad, incluyendo promover y proteger su salud sexual y en todas sus decisiones sexuales, libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas las decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos e hijas, el momento de tenerlos, en que intervalo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar los estándares más altos de salud sexual y reproductiva.

Según UNIFEM, CEPAL, OMS y otros organismos multilaterales, los problemas relacionados con la salud reproductiva siguen siendo una de las principales causas de muerte y mala salud de las mujeres en edad reproductiva alrededor del mundo. Las mujeres pobres sufren desproporcionalmente embarazos no deseados, violencia de género y otros problemas relacionados con su sistema reproductivo. Además, las mujeres jóvenes encuentran más obstáculos para acceder a la información sobre la sexualidad, siendo las que más sufren de embarazos no deseados.

Según datos del informe de CEPAL sobre las consecuencias de las maternidades adolescentes en América Latina, casi el 30% de las mujeres son madres durante la adolescencia. El número de embarazos tempranos es sistemáticamente más elevado en el campo que en la ciudad. Persiste además una marcada asociación entre el nivel educativo de las jóvenes y la proporción de madres. En casi la mitad de los países con datos disponibles, la maternidad adolescente entre las jóvenes que llegaron como máximo al nivel escolar primario, es más del triple, que aquellas que alcanzaron el nivel secundario. También existen otras brechas Hay brechas también según la pertenencia étnica y el nivel de ingresos. Las encuestas de hogares indican que el porcentaje de madres adolescentes que viven en hogares pertenecientes al quintil más pobre es cinco veces superior al de las que habitan en hogares del quintil más rico. Es preocupante que en casi todos los países con datos disponibles se constata un aumento en su porcentaje.



*El Salvador,
no escapa a*

esta realidad, El Mapa de embarazos en niñas y adolescentes 2017 (UNFPA, 2017), indicó que entre el 2013 y el 2017, cada mes, al menos 900 niñas entre de 10 a 17 años aproximadamente, se convirtieron en madres, según las estadísticas de la Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud. La ley penaliza las relaciones sexuales en menores de edad en dos delitos: violación cuando se trata de un menor hasta los 15 años y estupro, cuando tiene entre 15 y 17 años de edad.

El mismo Mapa, señaló que la tasa de inscripción prenatales de 10 a 19 años en el 2017 por cada mil, fue de 31.5%, resultando que en nueve de los catorce departamentos del país tienen una tasa por encima de la Nacional. En el caso del departamento de Usulután, la tasa es la sexta más alta a nivel nacional con 36.3% por cada mil niñas y adolescentes entre 10 y 19 años.

Los embarazos adolescentes tienen consecuencias en el desarrollo y expectativas de vida de las jóvenes madres. Además, cuando no son planificados, las jóvenes no están ejerciendo su derecho a la salud reproductiva, que forma parte del derecho humano a la salud, universalmente reconocido. El Mapa de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador 2017 (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2019) sobre el uso de anticonceptivos por parte de niñas y mujeres adolescentes entre 10 y 19 años entre 2015 y 2017, señala que a nivel nacional únicamente existían 16,668 y 13,153 inscripciones en planificación familiar en ambos años, representando el 39.1% y el 33.8% respectivamente. Además, el porcentaje de usuarias activas adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años, únicamente representan el 22.1% en el 2015 y el 20% en el 2017, del total de mujeres inscritas entre 10 y 55 años.

Por otra parte, la EHPM 2019, En El Salvador, señalan en relación al estado familiar, a nivel nacional 17,650 NNA de 12 a 17 años, tiene o han tenido una relación matrimonial o no matrimonial, esto representa el 2.6% de la población en este rango de edad (se incluyen casada/o, acompañada/o y separadas/os, viudo(a). El 61.6% de estos adolescentes se encuentran en el área rural y el 38.4% en el área urbana (DIGESTYC, 2019).

Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y ampliar el acceso a los servicios para niños, adolescentes y jóvenes con énfasis en la prevención del embarazo, siguen siendo piedras angulares en la reducción de los embarazos en niñas y adolescentes. Asimismo, es necesario ofrecer educación sexual integral para niños, adolescentes y jóvenes hombres.

El presente Estudio identifica dimensiones, causas y consecuencias de los embarazos en niñas y adolescentes a partir de la recolección de información de fuentes primarias y secundarias que proporcionan evidencia que permitirá a las Dignas generar propuestas y planteamientos que contribuyan a nivel local y nacional para hacer frente al embarazo adolescente y aumentar las oportunidades de acceso al pleno ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.





SIGLAS Y

ACRÓNIMOS

CDN	Convención sobre los derechos del niño.
CE	Centros Escolares.
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.
CONNA	Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia.
DIGESTYC	Dirección General de Estadística y Censos.
DIU	Dispositivo intrauterino.
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos.
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiple.
EIS	Educación Integral para la Sexualidad.
ENIPENA	Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes.
ETS	Enfermedades de transmisión sexual.
ICEFI	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales.
INJUVE	Instituto Nacional de la Juventud.
INS	Instituto Nacional de Salud.
IPNA	Inversión pública en niñez y adolescencia.
ISDEMU	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer.
ISNA	Instituto Salvadoreño Para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia.
ISR	Impuesto sobre la renta.
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
IVA	Impuesto al valor agregado.
LEIV	Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres.
LEPINA	Ley Especial para la Protección Integral de Niñez y Adolescencia.
LIE	Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación en contra de las Mujeres.



MINEDUCYT

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

MINSAL	Ministerio de Salud.
NNA	Niña, Niños y Adolescentes.
OIJ	Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
ORMUSA	Organización de Mujeres Salvadoreñas por la paz.
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.
SIMMOWS	Sistema de Morbimortalidad en Línea.
SSAAJ	Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes.
SSR	salud sexual y reproductiva.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Anticoncepción: La anticoncepción es la planificación del embarazo con métodos de forma transitoria o definida. El propósito es permitir a las personas que decidan de manera libre y responsable el número y el esparcimiento de sus hijos e hijas, y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose que se ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama de métodos seguros y eficaces (Gabinete de Gestión Social e Inclusión, 2017).

Persona agresora: Es quien ejerce cualquier tipo de violencia contra las mujeres, en una relación desigual de poder y en cualquiera de sus modalidades (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2010).

Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas (MINSAL, 2016).

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual (MINSAL, 2016).

Derechos sexuales y reproductivos: aquellas facultades que garantizan que las personas vivan la sexualidad de forma autónoma, plena, segura, equitativa, responsable y placentera; y la reproducción de forma voluntaria, responsable y

sin riesgos (Gabinete de Gestión Social e Inclusión, 2017).

Métodos anticonceptivos: Son fármacos o métodos que se utilizan con el fin de evitar los embarazos. Estos pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, con base en tecnologías o en conductas.

Métodos anticonceptivos hormonales. Son los métodos temporales de anticoncepción que contienen estrógenos y progestinas (combinados) o solo progestina, se usan por vía oral, intramuscular, transdérmico, transvaginal o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS) ni del VIH. Existen de dos tipos: combinados y solo de progestina (MINSAL, 2016).

No discriminación: Se refiere a la prohibición de la discriminación de derecho o de hecho, directa o indirecta, contra las mujeres; la cual se define como, toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anula el ejercicio por las mujeres de los derechos humanos y las libertades fundamentales en todas las esferas, con independencia de sus condiciones socio económicas, étnicas, culturales, políticas y personales de cualquier índole (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2011).

Niñas, niños y adolescentes: Niño, niña es toda persona desde el instante mismo de la concepción hasta los 12 años cumplidos, y es adolescente desde los 12 años cumplidos hasta los 18 años de edad (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador).

Salud sexual: Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico,



jóvenes y la comunidad

psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso, personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o de enfermedad o de ambas. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen". (OMS/OPS y Asociación Mundial de Sexología 2000).

Salud reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia..." (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo 1994).

El concepto de la Salud Sexual y Reproductiva va más allá de la reproducción y la sexualidad, incorpora el marco ético de los derechos humanos y las desigualdades de género.

Servicios de salud amigables: Son espacios de información orientación y atención de calidad a través de estrategias novedosas y ajustadas a su realidad, vivencias y expectativas, lo que favorece la participación de los adolescentes, los

en la construcción de servicios de salud a la medida de sus necesidades, a la vez que se refuerza la capacidad técnica y humana de los prestadores de servicios (Gabinete de Gestión Social e Inclusión, 2017).

Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes: Son servicios que proporcionan atención diferenciada, de manera integral e integrada, adecuada a sus necesidades y realidades, con un ambiente agradable para adolescentes, jóvenes y sus familias, por el vínculo que se establece entre ellos, con el personal de salud, quienes tratan sin discriminación de ningún tipo, con equidad, respeto y confidencialidad en la entrega de las intervenciones (MINSAL, 2018).

Violencia contra las mujeres: Es cualquier acción basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2010).

Violencia sexual: Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprende no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual genital o no genital con independencia de que la persona agresora tenga o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva, o de parentesco con la mujer víctima.

1. MARCO INSTITUCIONAL SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1.1 Marcos regulatorios nacionales

La legislación nacional que hace referencia acerca de la libertad del goce de los derechos sexuales y reproductivos de los ciudadanos y ciudadanas y particularmente, de las mujeres, jóvenes, adolescentes e incluso niñas y niños, es la siguiente:

Constitución Política de la República de El Salvador

En su Art. 34, reconoce el derecho de toda niña, niño y adolescente a vivir en condiciones familiares y ambientales que le permitan su desarrollo integral, para lo cual tendrá la protección del Estado.

Ley de protección integral de la niñez y la adolescencia, LEPINA

El Art. 23 de la LEPINA, señala la obligación de atención como medida de emergencia para la niña, adolescente o mujer embarazada, que se encuentre en peligro eminente de muerte o de sufrir daño irreversible para su salud y la del niño o niña por nacer. Sobre el embarazo precoz, el Art. 24, señala que, toda niña o adolescente embarazada se considera de alto riesgo obstétrico y perinatal y deberá recibir atención de manera integral en las instituciones de salud pública.

El Art. 25 sobre los programas de salud, en el literal c) mandata a desarrollar programas de atención integral de salud sexual y reproductiva de niña, niño y adolescente.

- El literal j) mandata a establecer protocolos de actuación del personal de salud para la prevención, identificación, atención y tratado de la niña, niño o adolescente maltratado o abusado sexualmente, así como, para dar aviso o denuncia a la autoridad competente.
- Literal h) Establecer protocolos para la atención de la niña, niño, adolescente y mujer embarazada.

En cuanto al acceso a la información, el Art. 32, denominado Salud sexual y reproductiva, todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva.

Ley general de juventud y reglamento de juventud

El Art. 1 Constitución de la República de El Salvador, reconoce como persona a todo humano desde el momento de la concepción. En los considerandos de la ley se señala que el Estado reconoce los derechos y deberes de la población joven, así como, promover y garantizar mejores oportunidades con el fin de que se logre su inclusión con equidad en el desarrollo del país (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 1983).

Por su parte, el Art. 9, de la Ley de juventud, contempla los derechos de la juventud en general y de estos han sido extraídos para fines del presente estudio, los derechos vinculados al acceso a la información de los mismos, los cuales se citan en los literales siguientes (Asamblea Legislativa de la República de El Salvador, 2012):

- Literal e), derechos a la paz y a una vida en un entorno libre de violencia, así como, a que se les garantice de acuerdo a sus necesidades específicas, el derecho a la seguridad pública, jurídica y ciudadana.
- Literal k), el derecho a la libertad de opinión, expresión e información.
- Literal p) derecho de acceso al conocimiento y a la tecnología para su educación, información, diversión, esparcimiento y comunicación e intereses que les permitan la disminución de la brecha digital promoviendo el acceso a las nuevas tecnologías.
- Literal r) derecho a la educación sexual y a la protección integral contra los abusos sexuales.

Por otra parte, del Art.16 al 19 se señalan los lineamientos de políticas públicas vinculados a la creación de políticas de prevención de la violencia; la promoción de derechos a la educación, el empleo juvenil y a la salud integral de la juventud.

Cabe mencionar que el Art. 16, Políticas de prevención de la violencia, en el literal g) trata sobre la realización de programas especiales para el combate a la violencia a través de los medios de comunicación y a la utilización de nuevas tecnologías y redes sociales interactivas.

El Art. 17, sobre Promoción de los derechos a la educación, indica en el literal d) garantizar la existencia y acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral, con el objetivo de fortalecer la toma de decisión responsable, disminuir y prevenir los riesgos del acoso y abuso sexual, y prepararlos para una maternidad y paternidad responsable, sana y sin riesgos.

El Art. 19 Políticas de protección de la salud integral. Literal e) la prevención y erradicación de cualquier forma de maltrato, abuso, y el establecimiento de atención especializada para las víctimas de estas violaciones.

Por otra parte, el Reglamento de juventud, en el Art. 12, mandata la creación de un Sistema de información sobre juventud. El cual deberá contener el soporte técnico y la *sistematización* de información acerca de la juventud, tales como, indicadores, estadísticas, líneas de referencias, estudios, sondeos, entre otros, con fuentes generadoras públicas y privadas.

Estrategia intersectorial de prevención de embarazo en niñas y adolescentes, ENIPENA

La ENIPENA, es un instrumento de gestión que pretende dar respuesta al fenómeno de embarazos tempranos que ha venido impactando el proyecto de vida de niñas y adolescentes por causa de la maternidad, lo cual ha desencadenado una vulneración de sus derechos fundamentales como: la

salud, la educación, vivir una vida libre de violencia en todas su formas, a la recreación y por ende al goce de la protección integral (Gabinete de Gestión Social e Inclusión, 2017).

La ENIPENA, establece en el apartado denominado “Desafíos para el Estado salvadoreño”, que el embarazo en niñas y en adolescentes representa un problema que ha sido priorizado por el Gobierno de El Salvador, debido a que la tendencia de los embarazos en este grupo de edad se ha mantenido sin cambios significativos en los últimos cinco años. Dichos desafíos forman parte del contenido programático que desarrolla la ENIPENA en su marco de resultados, teniendo como objetivo eliminar el embarazo en niñas y adolescentes con intervención sectorial articulada.

Plan nacional de salud sexual y reproductiva

Este instrumento tiene como objetivo, garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida a toda la población salvadoreña, que fortalezca sostenidamente el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva, con base a la Atención primaria de salud integral, con un enfoque de inclusión, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad (Ministerio de Salud, 2012).

En el Objetivo estratégico 1. Se contempla promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, la salud sexual y reproductiva y sus determinantes en el ciclo de vida.

Dentro de dicho objetivo, se contempla una estrategia 1.1 que señala la Información, educación y la comunicación de acuerdo al ciclo de vida en derechos sexuales y reproductivos y salud sexual y reproductiva. Cuyas líneas de acción en función de la gestión de comunicación, señala las siguientes:

- Desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación en apoyo a la política de salud sexual y reproductiva.
- Promover conocimientos, actitudes y prácticas saludables en SSR, según ciclo de vida, con énfasis en las determinantes sociales de la salud.

- Implementar procesos de sensibilización, información y capacitación con grupos estratégicos de incidencia pública en la población, en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en grupos socialmente excluidos y víctimas de violencia vinculada a la SSR.

Estrategia sobre servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes del MINSAL

El MINSAL, implementa la Estrategia sobre servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, los cuales se definen como servicios que proporcionan atención diferenciada, de manera integral e integrada, adecuada a sus necesidades y realidades, en un ambiente agradable para adolescentes, jóvenes y sus familias, debido al vínculo que se establece entre ellos con el personal de salud, quienes tratan sin discriminación de ningún tipo, con equidad, respeto y confidencialidad en la entrega de las intervenciones (MINSAL, 2018). Los componentes de acuerdo al Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria por nivel de atención y por escenarios, (familia y comunidad) son los siguientes:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención.
3. Atención integral.
4. Recuperación / rehabilitación.

En el módulo 1. Dentro de las **actividades de incidencia con adolescentes y jóvenes**, incluye entre otras actividades a desarrollar en sesiones educativas, con una frecuencia mínima mensual de dos horas de duración, a través de la organización de grupos conformados con un mínimo de seis y un máximo de veinte adolescentes para la discusión de temas relacionados a:

- Sexualidad responsable.
- Proyecto de vida - Habilidades para la vida.
- Género - Derechos y marco legal vigente en el país. Actualmente, en el departamento de Usulután se ubican áreas de atención diferenciada para los

grupos objetivos, bajo la modalidad de UCSF intermedias (existencia de ambientes identificados, separados y delimitados para adolescentes) y UCSF para consulta amigable para adolescentes¹.

1.2 Ratificación de convenios internacionales

El Salvador, al igual que otros países del mundo, ha suscrito y ratificado una serie de convenios y tratados internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos para las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres, a continuación, se citan algunos de los más relevantes para el Estudio, que sientan las bases para garantizar el acceso en condiciones de igualdad y no discriminación al ejercicio pleno de derechos sexuales y reproductivos de los colectivos antes señalados.

En este apartado, partimos de reconocer, tal como lo señala la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos (IPPF, 1996). La referida carta, señala que dentro de los DSR se encuentran el de elegir cuándo y con quién tener hijos, siendo que todas las mujeres tienen el derecho a tener acceso a la información, a la educación y a los servicios necesarios para la protección de su salud reproductiva, para tener una maternidad sin riesgos y, según lo establezcan las leyes del Estado, abortos seguros. Además, que las personas tienen el derecho de tener acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. Todas las personas tienen el derecho de elegir y de usar el método anticonceptivo que consideren más seguro y efectivo.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW (1989)

El Art. 12. 1 señala que todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el

¹ Se define como consulta diferencia amigable, a tener disponibilidad de profesionales capacitados y sensibilizados para ofrecer una atención de calidad dentro de la programación de

consulta diaria, guardando privacidad y respeto por las condiciones de adolescentes y jóvenes, sin contar con espacios o infraestructuras específicas para la atención.

acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación familiar.

Los Estados, garantizarán a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuese necesario y le aseguran una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Por otra parte, el Art. 16 señala que Los Estados adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer, en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares, y en particular a asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres.

Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)

Señala en el Capítulo VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva, en el numeral 7.3, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales e internacionales. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información, de los medios y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; incluyendo el hecho de adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.

El numeral 7.5, señala que los objetivos son:

- a) Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud sexual reproductiva, incluyendo la planificación familiar, que sean accesibles, asequibles y aceptables para usuarios;
- b) Atender las necesidades cambiantes en materia de salud sexual y reproductiva durante el ciclo de vida, de modo que se respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales;
- c) Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación familiar, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurando el acceso a la información, la educación y medios necesarios.

El Capítulo VII, inciso D, numeral 7.34, señala que “la sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y de la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular la fecundidad.

Convención sobre los derechos del niño (1990)

El Art. 1 de la CDN, señala que se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

El Art. 19 señala que los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

Así mismo, el Art. 34, señala que los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a. La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b. La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c. La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

La CDN, se basa dentro de sus principios en el de no discriminación, el interés superior del niño, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo y la participación infantil.

Convención Internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer De Belén Do Pará (1994)

Art. 6. Señala que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros, el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.

Convención iberoamericana de derechos de los jóvenes (2008)

Considera como “joven”, “jóvenes” y “juventud” a todas las personas, nacionales o residentes en algún país de Iberoamérica, comprendidas entre los 15 y los 24 años de edad. Esa población es sujeto y titular de los derechos que esta Convención reconoce, sin perjuicio de los que igualmente les beneficie a los menores de edad por aplicación de la Convención internacional de los derechos del niño (OIJ, 2008). Los Estados reconocen el derecho de todos los jóvenes a gozar y disfrutar de todos los derechos humanos, y se comprometen a respetar y garantizar a los jóvenes el pleno disfrute y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales, y culturales (OIJ, 2016).

El Art. 11, de la Convención reconoce a la protección contra los abusos sexuales. Los Estados Parte tomarán todas las medidas necesarias para la prevención de la explotación, el abuso y el turismo sexual y de cualquier otro tipo de violencia o maltrato sobre los jóvenes, y promoverán la recuperación física, psicológica, social y económica de las víctimas.

El Art, 18, señala la Libertad de expresión, reunión y asociación. En tanto que, los jóvenes tienen derecho

a la libertad de opinión, expresión, reunión e información, a disponer de foros juveniles y a crear organizaciones y asociaciones donde se analicen sus problemas y puedan presentar propuestas de iniciativas políticas ante las instancias públicas encargadas de atender asuntos relativos a la juventud, sin ningún tipo de interferencia o limitación.

El Art. 23. Derecho a la educación sexual. Los Estados Parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como, la información relativa a la reproducción y sus consecuencias.

La educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos y fomentará una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad orientada a su plena aceptación e identidad, así como, a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH (Sida), los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual.

Los Estados Parte reconocen la importante función y responsabilidad que corresponde a la familia en la educación sexual de los jóvenes. Los Estados Parte adoptarán e implementarán políticas de educación sexual, estableciendo planes y programas que aseguren la información y el pleno y responsable ejercicio de este derecho.

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que reafirma la vigencia del Programa de Acción de El Cairo (1994)

Contiene una serie de medidas sobre los ocho temas priorizados. Dentro de los que se señalan dos temas vinculados a promover la garantía de derechos sexuales y reproductivos de forma universal, señalando explícitamente lo siguiente:

- **Derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes:** garantizarle oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, sin ningún tipo de discriminación. Invertir más en juventud, especialmente en



educación pública, así como implementar programas de salud sexual y reproductiva integrales y dar prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, entre otras.

- **Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva.** Promover políticas públicas que aseguren que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y tomar decisiones de manera libre y responsable, con respecto a su orientación sexual, sin coerción, discriminación ni violencia y garantizar el acceso universal a dichos servicios.

Derechos sexuales y reproductivos.

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo el promover y proteger su salud sexual; libres de discriminación, coacción o violencia en su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva.

De lo que se ha relacionado se puede concluir que, los Derechos sexuales protegen la libertad sexual de cada persona, es decir, el derecho a escoger a una pareja; decidir ser sexualmente activo o activa o no serlo; ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. Los Derechos Reproductivos protegen la libertad de cada persona a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos y las hijas, la autodeterminación reproductiva que implica estar libre de interferencias en las decisiones reproductivas, derecho a planificar la familia, así como, a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida reproductiva de las mujeres (Alianza por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2011).

Los Derechos Sexuales no se limitan a tener relaciones sexuales, sino que, abarcan diversos derechos humanos básicos:

- 1) Respeto total para las personas;
- 2) Derecho al más alto estándar de salud sexual y reproductiva;
- 3) Derecho a la información necesaria y a los servicios de salud, con total respeto a la confidencialidad y
- 4) El derecho a decidir libremente lo concerniente a la sexualidad y a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.

Se puede enumerar en once los derechos sexuales como los siguientes:

- 1) Derecho a la Libertad Sexual;
- 2) Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del cuerpo;
- 3) Derecho a la Privacidad;
- 4) Derecho a la Equidad Sexual;
- 5) Derecho al Placer Sexual;
- 6) Derecho a la Expresión Sexual Emocional;
- 7) Derecho a la Libre Asociación Sexual;
- 8) Derecho a Planificar en forma libre y responsable;
- 9) Derecho a la Información basada en el conocimiento científico;
- 10) Derecho a la Educación Sexual Integral-comprensiva;
- 11) Derecho al Cuidado de la Salud Sexual.

En síntesis los derechos sexuales se resumen en:

- Información. Cada persona tiene derecho a estar informada adecuadamente sobre la sexualidad.



- Educación. el derecho a recibir educación en el tema.
- Opción y preferencia. Está referido al derecho de cada persona a decidir sobre su orientación sexual.
- Salud sexual. Comprende la protección contra enfermedades de transmisión sexual.
- Los derechos sexuales se ven violentados a través de diferentes formas, por ejemplo:
 - Incesto
 - Abuso sexual
 - Prostitución forzada
 - Discriminación por opción sexual
 - Mutilación genital

Derechos reproductivos

Si bien los derechos reproductivos se han ido ampliando en el universo de los derechos humanos, se enumeran en este trabajo 12 derechos que se encuentran reconocidos en instrumentos internacionales, regionales y nacionales, siendo estos los siguientes (Alianza por los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2011):

- 1) El derecho a la vida que incluye: el derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
- 2) El derecho a la salud que incluye: el derecho a la salud reproductiva.
- 3) El derecho a la libertad, seguridad e integridad personales, que incluye: el derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. el derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género. El derecho a vivir libre de explotación sexual.
- 4) El derecho a decidir el número e intervalo de hijas e hijos que incluye: el derecho a la autonomía reproductiva. El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.
- 5) El derecho a la intimidad que incluye: El derecho de toda mujer a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.
- 6) El derecho a la igualdad y a la no discriminación que incluye: El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.
- 7) El derecho al matrimonio y a fundar una familia, que incluye: El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductiva en igualdad y sin discriminación. El derecho a contraer o no matrimonio. El derecho a disolver el matrimonio. El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.
- 8) El derecho al empleo y la seguridad social que incluye: el derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral. El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual. El derecho a no ser discriminada por embarazo. El derecho a no ser despedida por causa de embarazo. El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral. El derecho a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad.
- 9) El derecho a la educación que incluye: El derecho a la educación sexual y reproductiva. El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.
- 10) El derecho a la información adecuada y oportuna, que incluye: El derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su estado de salud. El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, y acerca de los



beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.

- 11) El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer, que incluye: El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.
- 12) El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación, que incluye: El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana. El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana.

De manera sintética los derechos reproductivos, se resumen a continuación:

- Información
- Educación
- Asesoría científica
- Protección y atención al embarazo
- Protección y atención al parto
- Lactancia
- Acceso a métodos anticonceptivos
- Planificación familiar
- Fecundidad
- Aborto
- Esterilización
- Atención de calidad
- Paternidad responsable
- Los derechos reproductivos se violentan cuando ocurren algunas de las siguientes formas:
- No informar
- No educar
- Impedir el acceso a la planificación familiar
- No prestar atención a las mujeres que abortan
- Aborto sin consentimiento
- Embarazos forzados
- Esterilización forzada
- Prueba de embarazos
- Control de la natalidad



2. DIMENSIONES DE LOS EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES.

El presente Estudio, parte de identificar las principales dimensiones del embarazo en niñas y adolescentes, siendo que este fenómeno tiene múltiples dimensiones, dentro de las principales: política, cultural, educacional-social y económica.

2.1 Políticas públicas

“Se aborda la prevención de embarazo en niñas y adolescentes como un tema secundario, no como principal y con la relevancia que tiene”
Participante del Foro sobre DSR en El Salvador de Las Dignas, Nov 2019.

Sobre el normativo institucional aplicable al goce de los derechos sexuales y reproductivos en El Salvador, el Informe Especial sobre el Estado de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador (PDDH, 2016), señaló que todos los tratados internacionales de derechos humanos reconocen, ya sea explícitamente o a través de Interpretación autoritativa de los órganos de Supervisión de Tratados de las Naciones Unidas, que la no discriminación, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres son principios fundamentales de los derechos humanos y son necesarios para la realización de otros derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

El mismo informe, señala que el comentario 15 del Comité de los Derechos del Niño sobre la salud de los adolescentes, expresa que los Estados deben prestar servicios de salud que sean sensitivos a las necesidades específicas y a los derechos humanos de todas y todos los adolescentes (NU, 2013) y que cumplan con las características; disponibles, accesibles, aceptables y de calidad.

En esta línea, destaca que en El Salvador, se han presentado avances al aprobar leyes especiales y políticas públicas que favorecen la protección de la niñez y adolescencia y de las mujeres. No obstante, estas legislaciones no son conocidas ni aplicadas por el personal competente de las instituciones responsables de su implementación, razón por la cual la población titular de derechos no recibe información ni servicios en términos de cobertura y de calidad.

La existencia de un marco legal favorable a la protección de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las adolescentes y jóvenes (mujeres entre 15 y 29 años) de El Salvador contrasta en la práctica con su vulneración constante. Tal como se señaló durante la realización del Foro “avances y desafíos de los derechos sexuales y reproductivos en El Salvador”, desarrollado por Las Dignas en noviembre de 2019, desde la opinión de mujeres lideresas participantes “No existen mecanismos para la difusión y escalabilidad al territorio de instrumentos de políticas públicas en favor de los derechos sexuales y reproductivos”, a un por parte de prestadores de servicios de SSR. Prueba de dicha afirmación, al consultar en pleno a las participantes del Foro, acerca de su conocimiento sobre la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo en niñas y adolescentes 2017-2027, a pesar que dentro del panel se encontraba personal de instituciones públicas nacionales, departamentales y municipales; así como, por lideresas de organización de la sociedad civil, el 100% no conocía la existencia y contenido de la misma.

Por otra parte, la Estrategia sobre servicios amigables para jóvenes, es poco conocida y los espacios de atención privados que requiere aún son incipientes y con limitada cobertura para todos los territorios.



Actualmente no se brindan con las características esenciales que estos señalan, iniciando con la provisión en espacios adecuados, la confidencialidad del personal que atiende y la cobertura requerida.

En un grupo focal realizado en abril de 2018, por Las Dignas, con adolescentes y jóvenes madres y no madres de 4 Municipios de Usulután, resultó que ninguna de las participantes conoce sobre los servicios amigables² que ofrece como parte de la Estrategia de atención del MINSAL o que nunca ha escuchado hablar de estos.

Lo antes señalado, constituye un obstáculo para el goce pleno de los DSR de niñas, adolescentes y jóvenes en condiciones de igualdad, no discriminación y con la cobertura y calidad para la provisión de los mismos. Considerando que no sólo se requiere contar con los instrumentos de política pública sino la difusión e instrucción del personal a cargo de la provisión de dichos servicios y particularmente, la difusión y ampliación de la oferta de servicios entre las usuarias, para garantizar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para adolescentes y jóvenes.

2.2 Dimensión Cultural

El Art. 2 de la LEIV señala el derecho de las mujeres a ser valoradas y educadas libres de patrones estereotipados y de comportamiento, prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Los aspectos culturales en este Estudio hacen referencia a las representaciones y prácticas del contexto en el que viven las adolescentes y jóvenes en El Salvador; algunas de las cuales tienen poder y se encuentran presentes detrás de las decisiones o de la imposibilidad de decidir sobre la vida sexual y reproductiva de las niñas y adolescentes, a quienes en muchos casos, no se les brinda u ofrece orientación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica sobre las consecuencias. La mayor parte de la "educación sexual" no es brindada por el Sistema Educativo y de Salud, sino, por la persona de confianza de la joven o el joven que no necesariamente tiene todas las herramientas y conocimientos que abonen a la promoción de derechos y a la salud sexual y reproductiva.

Tal como lo señala el Estudio del costo económico del embarazo en niñas y adolescentes (UNFPA, 2017) no está bien normalizar que niñas de 10 años estén dando a luz; tampoco las de 18 años. No está bien que para estas niñas y adolescentes sus derechos y oportunidades queden rezagados a merced de roles sexistas culturalmente impuestos, cuyas consecuencias directas diezman el porvenir de una persona y su prole, con un mapa georreferenciado por la pobreza y la indigencia, la violencia y el abuso, la escasez, la negación del derecho reproductivo a planificar su familia, la privación del derecho a una vida digna, segura y próspera donde la maternidad y unión no se observen como espejismo de destino a la situación que se vive o se padece, vidas plagadas de nubarrones sin esperanza ni inspiraciones, sin acceso a rutas que prevengan y castiguen el acoso, la violencia sexual, el incesto y el estupro acorde a la normativa legal existente.

² El Modelo de SSAAJ es un proceso en el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y de esta manera contribuyan a la garantía de los Derechos Sexuales y de los Derechos Reproductivos de esta población.



2.3 Dimensión educativa.

La falta de orientación y educación adecuada es un factor determinante en los embarazos en adolescentes y jóvenes. El conocimiento permite tomar decisiones trascendentales de manera libre e informada, como posponer el inicio de la actividad sexual y la maternidad.

El Informe sobre acceso a derechos sexuales y reproductivos (PDDH, 2016), señala que persisten dificultades para incluir la educación integral de la sexualidad en el currículo educativo en todos los ciclos de estudio, lo cual impide proporcionar educación en sexualidad libre de prejuicios, que les permita enfrentar el entorno familiar y comunitario que es donde se presentan patrones culturales arraigados que violentan sus derechos (PDDH, 2016).

Líderes y redes juveniles han manifestado que el Programa de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, en ocasiones no ofrece información adecuada y oportuna en temas de salud sexual y reproductiva, tampoco aconsejaría sobre el derecho a la toma de decisiones libres e informados sobre su vida sexual y reproductiva (PDDH, 2016).

Desde el año 2012, el MINEDUCYT ha venido trabajando en incorporar la Educación Integral de la Sexualidad (EIS), siendo el responsable de gestionar, junto a otras instituciones el Eje 2, de la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2017-2027; y en el marco de la Estrategia se estableció la Política de Género, retomando lo Establecido en el Art. 32 de la LEPINA.

Por otra parte, el MINEDUCYT, señala que cuenta con el curso básico de EIS dirigido al personal docente. El curso cuenta con 6 módulos de trabajo en modalidad presencial. Durante el 2019, se ha realizado la formación de docentes a través del Curso Básico de Educación Integral en la Sexualidad, con la participación de 636 docentes, 488 mujeres y 148 hombres. El trabajo se concreta en el aula, y va del docente al estudiantado, también a la familia y a la comunidad educativa. Lo anterior, representa un avance importante, no obstante, no se cuenta con información de seguimiento que permita identificar si efectivamente el trabajo de incorporar EIS se logra concretar en el aula y se traduce en acciones para la educación integral de la sexualidad.

Esto refuerza las hipótesis de que el problema no es sólo la falta de orientación e información que reciben las niñas y adolescentes, sino también, que esta no recibe la información de manera abierta o adecuada. Muchas de estas tareas informativas las han retomado las Organizaciones No Gubernamentales, a través de charlas informativas, jornadas educativas que se coordinan en los espacios educativos y en la comunidad.

Con las Dignas y a través de MSM se coordina para las charlas y volanteo en las comunidades del municipio, pero sobre todo con las Dignas. Integrante de la Organización de Jóvenes de la Zona de intervención del Proyecto de Las Dignas.

Durante el 2019, el MINEDUCYT señaló que ha está avanzando en la formación del personal a cargo de la actualización curricular, para la incorporación de la educación integral de la sexualidad en los nuevos programas de estudio con Educación Media, en materias como: matemáticas, lenguaje y estudios sociales.

Durante el Congreso sobre acceso a SSR, desarrollado por las Dignas, las mujeres participantes manifestaron que el Modelo Educativo incorpora de forma tardía la educación en la sexualidad en los



programas escolares; ya que esta debería ser impartida desde la primera infancia y en todos los ciclos educativos acordes a la edad de las y los estudiantes.

2.4 Dimensión Económica

El embarazo adolescente se concentra principalmente entre las mujeres de nivel socioeconómico más desfavorecido, con menos oportunidades. Es además un tema que tiene que ver con la inequidad que afecta a muchas niñas y adolescentes, en especial a las más pobres y marginadas socialmente. Las tasas de fecundidad materna en adolescentes de 15 a 19 años, según su nivel socioeconómico alcanzan marcadas diferencias al comparar el quintil más rico con el más pobre en El Salvador (COMISCA, 2014).

En El Salvador cerca de 350,000 jóvenes y adolescentes entre 15 y 24 años no estudian ni trabajan, siendo el un alto porcentaje mujeres las que se encuentran en dicha situación, esto las expone en una situación de alta vulnerabilidad y precariedad socioeconómica cuando ellas resultan en un embarazo temprano. Sumando a ello, al no estar en el sistema educativo sus posibilidades de desarrollo profesional futuro se ven minados (DIGESTYC, 2019).

Por otra parte, el análisis del costo económico de la maternidad temprana (UNFPA, 2017), demostró que los recursos que el Estado y la sociedad salvadoreña dejan de percibir como resultado de la fecundidad precoz y temprana son alarmantes, no sólo se refiere al costo estatal, sino también, al costo para la vida de las niñas y adolescentes, pues implica incurrir en costos asistenciales mayores a los que registra una adolescente que no ha experimentado un embarazo y que están relacionados con la gestación, el parto y el puerperio, además de los cuidados posteriores del neonato. Adicional a ello, también involucra una posible inserción en el mundo productivo más temprano y simultáneamente el potencial abandono de la formación de capital humano repercutiendo en las posibilidades de obtener mejores ingresos como efecto de una calificación menor. En otras palabras, la trayectoria económica, la educación e incluso la salud de la madre adolescente resultan afectadas por la maternidad precoz y temprana. La madre adolescente registra ingresos inferiores a lo largo de su vida a diferencia de los que hubiese devengado si la formación de capital humano no se hubiera visto interrumpida por la maternidad temprana.

2.5 Dimensión Social

Las percepciones, actitudes y conocimientos relativos a los roles de género, así como el ejercicio de la sexualidad, influyen en la adopción de conductas reproductivas conducentes a una fecundidad temprana. Los adolescentes tienen sexo sin métodos anticonceptivos debido a que vivimos en un contexto de una sociedad patriarcal, católica y muy conservadora, por lo que a menudo resulta muy complicado para las adolescentes y las jóvenes obtener información precisa y/o acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de contracepción, así como elegir libremente si quieren tener hijos y cuántos. Esto se refuerza con el ejercicio de poder y las masculinidades, que han naturalizado las prácticas de forzar, mentir, engañar y finalmente violar. Algunas de las niñas y adolescentes son engañadas para embarazarse ante el deseo de consolidar una relación de pareja, en muchos casos con personas mayores de edad, aun cuando esto constituye un delito.

Finalmente, es importante destacar, que uno de los retos sociales del embarazo en niñas y adolescentes es encontrar mecanismos de apoyo a nivel comunitario, de la familia, la escuela o el centro de salud, que sean capaces de promover la cultura de la responsabilidad sin revictimizarlas o señalarlas, independientemente de si la situación de su embarazo fue forzada o consentida.



3. INCIDENCIAS DE CASOS DE EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a los adolescentes como las personas de 10 a 19 años y puntualiza que el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica; otros términos aceptados son: embarazo precoz, prematuro, temprano, no planeado o no deseado. Los embarazos precoces, deseados o no, constituyen un grave problema entre las adolescentes. Se calcula que en el mundo 21 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años que vivían en zonas en desarrollo quedaron embarazadas, de las que aproximadamente 12 millones dieron a luz.

Según las estimaciones, 2,5 millones de niñas menores de 16 años de países con pocos recursos dan a luz cada año. Algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así: aproximadamente la mitad de los embarazos de adolescentes de 15 a 19 años que viven en zonas en desarrollo son no deseados. Los factores causantes de los embarazos en la adolescencia dependen del contexto; entre ellos cabe citar, el matrimonio infantil, la pobreza, la falta de oportunidades y los valores sociales o culturales con respecto a la mujer y la maternidad (Organización Mundial de la Salud, 2019).

3.1 Inscripciones prenatales en los Municipios de Incidencia del Proyecto

En El Salvador, la incidencia de casos de niñas y adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años registrada en el Mapa de embarazos a nivel nacional por el Sistema de Salud fue de 19,190 embarazos (UNFPA, 2017), con mayor incidencia en las edades de 15 a 19 años, que corresponde al 95.9% de los casos; y en niñas de 10 a 14 años, representan el 4.1% restante. De estos, 1,302 casos pertenecen al departamento de Usulután, correspondiente al 6.5% de las incidencias a nivel nacional en 2017; con una tasa de inscripción prenatal de 36.3% entre niñas y adolescentes entre los 10 a 19 años por cada mil. Con mayor incidencia en los grupos etarios de 15 a 19 años.

En el año 2018, según Registros del Sistema de Morbilidad en línea del MINSAL SIMMOW, el total de inscripciones prenatales bajo a 1,200, es decir, una reducción del 8.5% del total de inscripciones de niñas y adolescentes con respecto al año anterior (2017); mientras que en 2019, esta cifra logró reducirse de 1200 casos de niñas y adolescentes embarazadas a 1004, observándose 96 inscripciones menos, una reducción del 9.6% con respecto al año anterior.

Tabla 1. Tendencia de inscripciones prenatales del departamento de Usulután 2018-2019.

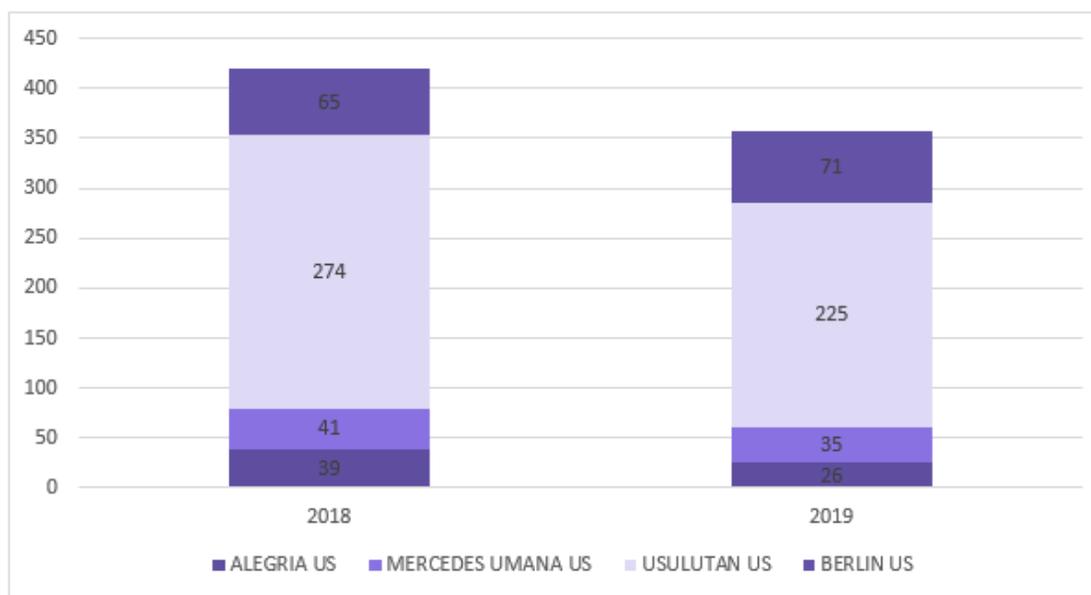
	10-14 años	15-19 años	TOTAL 2018	10-14 años	15-19 años	TOTAL 2019
Municipio						
Alegría	0	39	39	2	24	26
Berlín	2	63	65	6	65	71
California	0	10	10	0	17	17
Concepción Batres	0	48	48	0	38	38
El Triunfo	0	25	25	1	22	23
Ereguayquín	1	17	18	1	18	19
Estanzuelas	0	24	24	0	23	23
Jiquilisco	4	175	179	2	159	161
Jucuapa	0	55	55	0	47	47
Jucuarán	1	46	47	1	41	42
Mercedes Umaña	1	40	41	0	35	35
Nueva Granada	0	26	26	1	15	16
Ozatlán	0	35	35	0	25	25
Puerto El Triunfo	0	49	49	2	33	35
San Agustín	2	28	30	0	28	28
San Buenaventura	0	14	14	0	7	7
San Dionisio	1	27	28	1	23	24
San Francisco Javier	0	17	17	0	11	11
Santa Elena	3	51	54	0	46	46
Santa María	0	31	31	1	21	22
Santiago de María	2	62	64	1	46	47
Tecapán	0	27	27	0	16	16
Usulután	9	265	274	8	217	225
Total	26	1174	1200	27	977	1004

Fuente: Elaboración propia en base al sistema de morbilidad en línea del MINSAL SIMMOW, 2019

A continuación, se presenta la tendencia a nivel departamental y municipal correspondiente a las zonas de intervención del Proyecto de 2018 a 2019. El municipio con mayores incidencias sigue siendo

Usulután, esto se explica por ser la cabecera departamental de Usulután y, por tanto, existe mayor densidad poblacional, en el que se registran 225 niñas y adolescentes embarazadas; seguido de Berlín con 71 casos, Mercedes Umaña con 35 casos y Alegría con 26 casos de niñas y adolescentes embarazadas.

Gráfico 1. Comparativo del número de niñas y adolescentes embarazadas 2018-2019



Fuente: Elaboración propia en base al sistema de morbilidad en línea del MINSAL SIMMOW, 2019

1.1 Partos atendidos

En América Latina, El Salvador es el segundo país con el mayor porcentaje de embarazos adolescentes, en el periodo de 2016 a 2018 se observa una reducción de 2,853 casos de natalidad, pasando de 14,898 para el año 2016 a 12,045 en 2018. Para el mismo periodo de tiempo, más del 80% de los casos reportados se concentran en adolescentes entre 16 a 18 años.

El MINSAL destaca que en los últimos 5 años se puede observar que la finalización del embarazo en las adolescentes se ha mantenido sin cambios, para el 2017, más del 80% de partos con recién nacido vivo se terminó, seguido de un 7% de recién nacidos vivos prematuros, 6% de abortos y 1% de nacidos muertos (Instituto Nacional de la Salud, INS/MINSAL). Según datos del MINSAL, en el periodo 2018 Y 2019, los resultados desagregados señalan que se han atendido a nivel del departamento de Usulután 1163 partos y 983 partos respectivamente, observándose una reducción en el número de partos atendidos y, por tanto, una reducción de la tasa de natalidad, como se detalla a continuación:

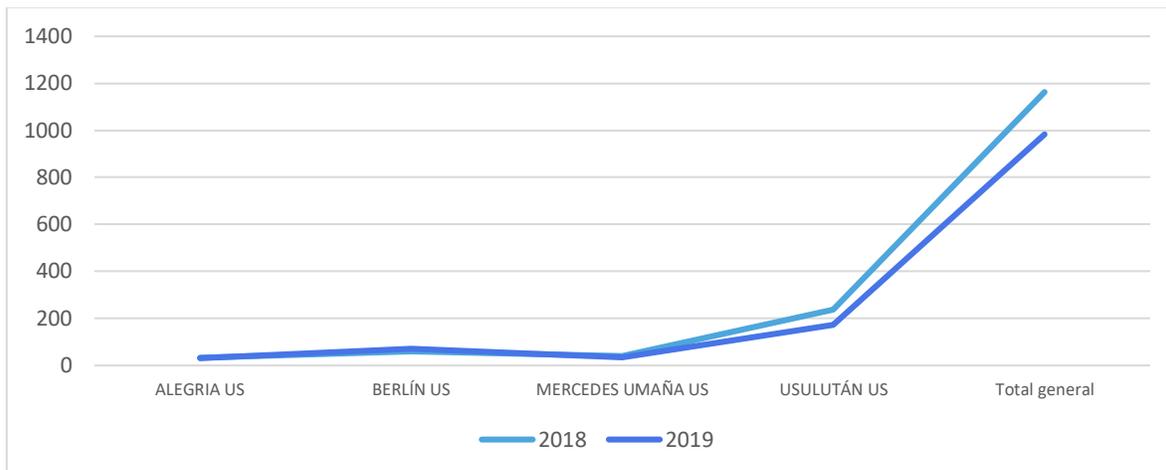
Tabla 2. Tendencia de partos en los municipios del departamento de Usulután.

MUNICIPIO	2018	2019	Total
ALEGRIA US	33	31	64
BERLÍN US	60	71	131
CALIFORNIA US	13	7	20
CONCEPCIÓN BATRES US	47	40	87
EL TRIUNFO US	22	26	48
EREGUAYQUIN US	19	22	41
ESTANZUELAS US	34	30	64
JIQUILISCO US	205	180	385
JUCUAPA US	53	45	98
JUCUARÁN US	51	39	90
MERCEDES UMAÑA US	40	34	74
NUEVA GRANADA US	21	24	45
OZATLÁN US	34	23	57
PUERTO EL TRIUNFO US	55	42	97
SAN AGUSTÍN US	18	19	37
SAN BUENAVENTURA US	8	2	10
SAN DIONISIO US	25	19	44
SAN FRANCISCO JAVIER US	11	11	22
SANTA ELENA US	53	47	100
SANTA MARÍA US	35	25	60
SANTIAGO DE MARÍA US	53	51	104
TECAPAN US	35	22	57
USULUTÁN US	238	173	411
Total del departamento	1163	983	2146

Fuente: Elaboración propia en base al sistema de morbilidad en línea del MINSAL SIMMOW, 2019

A continuación, de forma gráfica se observa la tendencia del número de partos atendidos en los cuatro municipios intervenidos con el proyecto.

Gráfico 2. Tendencia de partos en los municipios intervenidos con el Proyecto



Fuente: Elaboración propia en base al sistema de morbilidad en línea del MINSAL SIMMOW, 2019

La tendencia de los embarazos presenta ciertos decesos moderados en tres de los cuatro municipios de intervención del proyecto. Cabe señalar que, el dato recabado corresponde al lugar de residencia de la Usuaría y no al lugar de atención del parto. El municipio de Alegría pasó de 33 a 31 partos; Mercedes Umaña presenta una disminución de 40 a 34 partos, en Usulután de 238 a 173 partos y en el municipio de Berlín se observa un incremento entre 2018 y 2019 de 11 partos.



2. CAUSAS ASOCIADAS AL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

El Estudio maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes (UNFPA, 2013), identifica dentro de las causas subyacentes del embarazo en niñas y adolescentes, las siguientes: las uniones tempranas, la desigualdad de género, pobreza, violencia, políticas nacionales que restringen el acceso a anticonceptivos y a educación sexual adecuada a la edad, falta de acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva, baja inversión en capital humano de niñas y adolescentes. Las cuales constituyen, entre otras causas, determinantes del embarazo temprano en niñas, adolescentes y jóvenes.

2.1.1 Uniones y naturalización del embarazo en edades tempranas

En El Salvador, persisten prácticas culturales que naturalizan el embarazo en edades tempranas (de menos de 18 años; y a partir de los 9 años) y las relaciones de pareja de niñas o adolescentes con hombres mayores, en algunos casos con una diferencia de edad de 20 o más años, donde prevalece una relación desigual de poder que limita el desarrollo integral de la niña o adolescente. Asimismo, se sigue considerando que el embarazo en niñas y adolescentes no es consecuencia de la violencia sexual y, por lo tanto, no es un delito, no se denuncia, no se judicializa y no se sanciona (PDDH, 2016).

A pesar que la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, LEPINA penaliza las uniones con menores de 18 años, según el Código Penal, sostener relaciones sexuales con una menor de 15 años es violación, y con una menor de 18 años es estupro. Además, la LEIV, reconoce que las manifestaciones que atraviesa una adolescente cuando queda embarazada es una situación de violencia.

El Estudio Maternidad Temprana en niñas y adolescentes (UNFPA/INJUVE/CONNA/ISDEMU/INS/MINSAL, 2016), detalla en cuanto al estado civil o condiciones de la unión de las niñas y las adolescentes, que el 55% se encuentran en una unión de hecho, frente a un 7% que están casadas, el 18% separadas y un 10% no convive en la misma vivienda con su pareja. Según el tipo de arreglo familiar que reportan las niñas y adolescentes que participaron en el mismo, el 34.7% de las niñas y adolescentes viven con su pareja. De este porcentaje el 29% se encuentra en el rango etario entre 10 y 12 años, el 33.5% entre 13 y 14 años; y el 36.5% entre 15 y 17 años. Así mismo, el 27.4%



señala que vive con su pareja y otros familiares, el 2.6% vive con sus hijos (sin otros familiares ni pareja) y el 35.4% vive con familiares (sin pareja). En promedio, 7 de cada 10 niñas y adolescentes se unen antes de ser madres; en específico, el 49 % se unió incluso de 10 o más meses antes del parto. El Estudio señaló que también existe un porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o viven en unión libre antes de cumplir 18 años, siendo el 26%.

A pesar de ello, tal como lo señala el Estudio sobre maternidades y uniones en niñas y adolescentes (UNFPA/INJUVE/CONNA/ISDEMU/INS/MINSAL, 2016) el Estado sigue fallando, pues por un lado hay leyes que prohíben el matrimonio antes de los 18 años, y por otro lado, el Código de Familia permite la unión de menores de 18 años cuando tienen hijos en común con la pareja, están embarazadas o sus padres y responsables aprueban la unión. Adicionalmente, como sociedad a nivel cultural se ha normalizado la ocurrencia de uniones de niñas y adolescentes, no reconociendo estos casos como violencia sexual, y subestimando las denuncias bajo la aceptación de las uniones. Esto sigue influyendo negativamente como una de las causas principales de los embarazos tempranos y como lo que realmente es violencia sexual, que debe ser castigado como tal; para que no se siga transgrediendo y vulnerando los derechos de las niñas a una vida libre de violencia y sus derechos sexuales y reproductivos.

El dato más reciente publicado por la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples en junio 2020, señala en relación al estado familiar, que a nivel nacional 17,650 NNA de 12 a 17 años, tiene o han tenido una relación matrimonial o no matrimonial, esto representa el 2.6% de la población en este rango de edad (se incluyen casada/o, acompañada/o y separadas/os, viudo(a). El 61.6% de estos adolescentes se encuentran en el área rural y el 38.4% en el área urbana (DIGESTYC, 2019).

2.1.2 La violencia hacia niñas y adolescentes

La LEIV, en su Art. 2, hace referencia al goce, ejercicio y protección de los derechos humanos y las libertades consagradas en la Constitución Política de la República de El Salvador y en los acuerdos internacionales, e incluye, el derecho a que se respete la vida de las mujeres, su integridad, se garantice su protección y el acceso a la justicia a través de tribunales. Pese a ello, las mujeres siguen encabezando los hechos de violencia en El Salvador.

2.1.2.1 A nivel nacional

Según Indicadores Sobre Hechos de Violencia Contra las Mujeres en El Salvador (DIGESTYC, 2019), en el período del 01 de enero al 30 de junio de 2019, se han perpetrado 12,642 hechos de violencia. De las cuales 230 son muertes violentas (112 feminicidios y 118 homicidios de mujeres); resultando que, 44 de

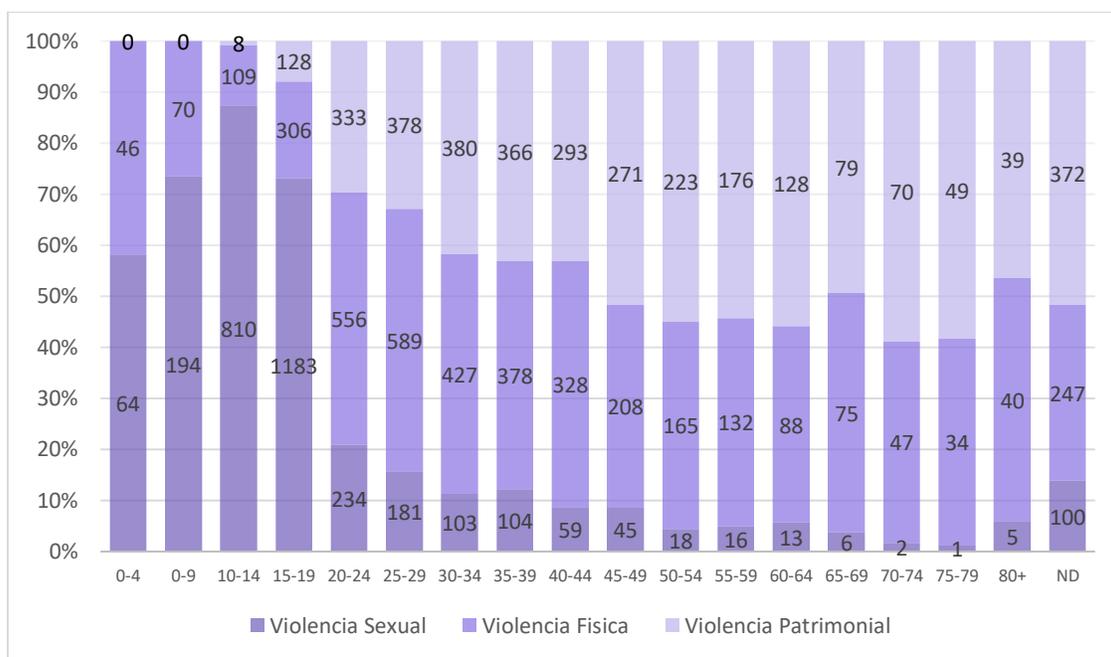
estas muertes violentas corresponden a niñas, adolescentes y jóvenes entre las edades de 0 años hasta los 19 años³.

En cuanto a la violencia sexual (DIGESTYC/ Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Junio 2019), indicó que entre enero y junio 2019 se han cometido 3,138 hechos de violencia sexual, de los cuales 67% corresponde a menores de 18 años (2110 casos), con un promedio de 17 hechos diarios.

El grupo etario con mayor afectación sigue siendo el de las adolescentes y jóvenes entre las edades de 15 y 19 años con 1183 violaciones, seguido del grupo de niñas y adolescentes entre 10 y 14 años con 810 violaciones; entre 5 y 9 años un total de 194 violaciones hacia niñas, y en menores de 4 años, 64 hechos de violencia sexual. El informe señala que los espacios domiciliarios y los espacios abiertos es donde se registran mayores casos; pero también, en escuelas u otras instituciones educativas es donde se propician este tipo de hechos (DIGESTYC/ Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Junio 2019).

El gráfico siguiente, indica que la mayor incidencia de casos sobre violencia sexual corresponde a niñas, adolescentes y jóvenes menores a 19 años.

Gráfico 3. Hechos de violencia según grupos etarios. 2019



Fuente: DIGESTYC, Informe semestral sobre hechos de violencia contra las mujeres, El Salvador, 2019

En cuanto a las atenciones brindadas en servicios de salud por MINSAL en casos de violencia sexual, 1,311 son menores de edad; de las cuales 317 corresponden a menores en estado de embarazo.

³ Fuente: SNDVM/MJSP-DIGESTYC, con datos proporcionados por la Mesa Técnica de Conciliación de Cifras de Homicidios Dolosos: FGR, PNC e IML, El Salvador, 2019.

Referente a los agresores de la violencia sexual contra las niñas y mujeres, resulta que, 2,382 corresponden a hombres; 204 no hay registro y 72 son mujeres, en este último caso no se conoce el nivel de participación de las mujeres en los hechos.

Cabe señalar en este punto, que 5 de cada 10 niñas y adolescentes salvadoreñas reportó haber sido víctima de algún tipo de agresión emocional, física o sexual por parte de alguna de sus parejas, en este sentido, el Estudio destaca que las niñas y las adolescentes también están expuestas a enfrentar violencia ejercida por los hombres con quienes conviven y, aun así, no son protegidas en su derecho a vivir libres de violencia y discriminación (UNFPA, 2016).

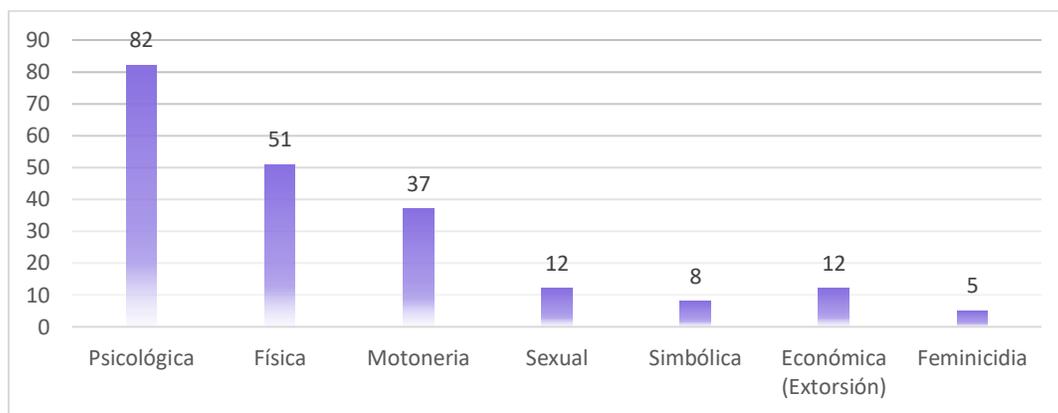
En cuanto al acceso a la justicia resulta que, 862 agresiones han resultado definitivas en el caso de violencia sexual, de los cuales 391 tienen sentencia condenatoria; 154 sentencia absolutoria; 283 sobre seguimientos y 34 salidas alternativas⁴.

2.1.2.2 A nivel departamental

El Mapa sobre hechos de violencia en contra de las mujeres a nivel nacional (DIGESTYC, 2019), para el periodo de enero a junio 2019, señala que de los 3138 casos de violencia sexual a nivel nacional, 255 ocurrieron en el departamento de Usulután, representando el 8.1% (DIGESTYC, 2019).

De igual forma, a nivel de los centros educativos del departamento, el MINEDUCYT ha reportado distintos hechos de violencia en contra de niñas y adolescentes en edad escolar, incluyendo 5 centros educativos donde se han presentado casos de feminicidio; y 12 centros educativos que reportan hechos de violencia sexual, como podemos observar a continuación:

Gráfico 4. Número de centros educativos según tipo de violencia entre el sector estudiantil. Departamento de Usulután 2019



Fuente: DIGESTYC, Informe semestral sobre hechos de violencia contra las mujeres, El Salvador, 2019

Los centros educativos del departamento, también reportan el número de casos de violencia sexual y estudiantes embarazadas como consecuencia de la misma, siendo los siguientes:

⁴ La información corresponde al período, independientemente a la fecha de ocurrido el hecho.

Gráfico 5. Incidencias de casos de violencia sexual y embarazos



Fuente: DIGESTYC, Informe semestral sobre hechos de violencia contra las mujeres, El Salvador, 2019

Los centros educativos también reportan otros incidentes o factores de riesgo que están afectando la seguridad, incluyendo amenazas de violación en 8 centros educativos y tráfico o trata de personas en 1 centro. Las maras o pandillas constituyen otros factores de riesgo que amenazan una vida libre de violencia para las niñas y adolescentes que asisten a 79 centros educativos del departamento.

2.1.3 Inicio temprano de la primera relación sexual

Otra causa que algunos estudios han asociado, es el inicio de la menarquia y de la primera relación que cada vez ocurre a más temprana edad, y como resultado de ello, el riesgo de embarazos prevalece en niñas y adolescentes (UNFPA, 2017).

Un informe reciente sobre factores relacionados al uso de anticoncepción para la prevención de embarazos durante la adolescencia, (MINSAL, 2019), que tiene como objetivo describir los factores relacionados a las prácticas sexuales de los adolescentes y el uso de anticonceptivos en alumnos de tercer ciclo y bachillerato de centros escolares públicos en el área urbana de municipios priorizados del departamento de San Salvador, entrevistó a 344 estudiantes de tercer ciclo y bachillerato de centros escolares públicos, resultando que, el 30% ya han tenido su primera relación sexual, siendo la edad promedio 15.6 años, siendo en el caso de las niñas el inicio a los 15 años. De los adolescentes sexualmente activos el 48% afirma haber tenido ya dos o más parejas sexuales. Por otra parte, el Estudio establece que a los 19 años la probabilidad de que tanto hombres como mujeres hayan tenido relaciones sexuales es del 42%.

Al respecto del uso de anticonceptivos desde la primera relación sexual, la encuesta sobre maternidad y unión realizada en madres adolescentes, señala que, únicamente 3 de cada 10 de estas adolescentes



utilizaron algún método anticonceptivo durante su primer encuentro sexual: el 13.3% no tenía conocimiento sobre los métodos anticonceptivos y más del 25% optaron porque fuera su pareja quien decidiera qué método utilizar.

2.1.4 Educación sexual excluyente

La LEPINA contempla una definición integral de la salud, no solo garantizando una atención oportuna y apropiada, sino también, teniendo en cuenta los principales factores que condicionan una buena salud como: el acceso a agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

El acceso universal a la educación sexual y reproductiva, fue incorporado en el Programa de Educación Integral para la Sexualidad (EIS) dentro del Plan Nacional de Educación “El Salvador Educado” del gobierno anterior, con lo que se pretendía alcanzar a toda la comunidad educativa (alumnos, maestros y familias) promoviendo conocimientos y destrezas para mejorar la salud sexual en la población. Pese a la implementación del Programa, un registro disponible del año 2017, indica que, 955 niñas y adolescentes que estaban estudiando salieron embarazadas durante ese año. La incidencia de casos en el departamento de Usulután, es de 49 niñas y adolescentes embarazadas.

El tema de educación sexual integral ha sido históricamente limitado en gran medida por los mismos tabúes que la sociedad posee ante el tema, reduciéndose muchas veces el impacto de estrategias centradas en jóvenes. Al respecto, MINEDUCYT en el 2018 y 2019, ha formado más de 1,500 docentes en EIS, no obstante, a pesar de los esfuerzos sostenidos se carece de información de como la formación docente influye en los programas educativos escolares y esta sigue siendo impartida con un enfoque de ciclo de vida en la materia de “educación para la vida” en bachillerato y tercer ciclo principalmente. Estando esta tarea relegada en muchos casos a organizaciones que trabajan con niñez, adolescencia y mujeres y no al docente formado. También se reconoce la limitante que existe de no poder formar a toda la planta docente en dichas temáticas.

Efectivamente, tal como lo señala el Estudio sobre factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos (MINSAL/INS, 2018), de 344 alumnos de tercer ciclo y bachillerato entrevistados, el 96%



manifestaron conocer al menos algún método anticonceptivo, siendo 13 los escolares que manifestaron no conocer ninguno, en promedio conocen 3.6 métodos. En el noveno grado es donde se encontró una mayor cantidad de alumnos que reportaron no conocer ningún método, el estudio tomo de referencia a alumnos de tercer ciclo y bachillerato y con este resultado se denota que la educación sexual y la información es tardía, más allá de las materias de educación para la vida en estas etapas educativas, podría estar vinculada al uso de los mismos. Los métodos más conocidos son inyectables, pastillas y condón masculino. Por otra parte, el 75% respondió no conocer sobre la anticoncepción de emergencia (MINSAL/INS, 2018).

En el marco de la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes, durante el 2018, se realizaron 39,232 sesiones educativas en salud sexual y reproductiva, incluyendo la promoción de los servicios amigables para adolescentes, de los cuales 21,325 fueron adolescentes mujeres y 17,907 adolescentes hombres. (Informe 2018 - ENIPENA , 2019). El Estudio del mismo MINSAL de un año atrás, señaló que el 70% de los estudiantes desconocen la existencia de los servicios amigables para jóvenes (MINSAL/INS, 2018).

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, indicó que para el periodo de 2016 -2017, recibieron capacitaciones 53,864 estudiantes y 15,000 madres y padres de familia de 250 centros educativos, en temas referentes a feminidad y embarazo en adolescentes; masculinidad y paternidad responsable; discriminación y desigualdad; nuevas masculinidades y liderazgo transformativo con perspectiva de género. (ISDEMU, 2019).

Como pudimos observar en los párrafos anteriores, existen esfuerzos a nivel intersectorial para abordar el tema de la educación sexual, sin embargo, estos resultan insuficientes para hacer frente a 19.990 casos de niñas y adolescentes embarazadas que reporta a nivel nacional El Salvador, a través de las inscripciones prenatales; en esto influye no solo el desconocimiento sobre el uso apropiado de los métodos, sino, otros factores como los tabúes de la sociedad, la influencia de las instituciones basadas en la fe, la consejería e influencia de terceros, la limitada capacidad de decidir de las niñas, planes de vida poco sólidos, entre otros factores que deberían ser considerados como parte integral del currículo educativo y no ser aspectos discrecionales del docente o la docente formada, y el involucramiento de padres y referentes, estén las niñas o adolescentes dentro o fuera del Sistema Educativo.



2.1.5 Limitada autonomía para decidir

*En el caso de las niñas menores de edad no se les brinda el servicio si no van acompañadas de los padres o de la persona encargada, ya que suponen que no deberían tener una vida sexual activa.
Opinión de joven lideresas.*

La capacidad de tomar decisiones y la autonomía debe ser un factor más a considerar dentro de las causas subyacentes del embarazo en niñas y adolescentes; ya que muchas siguen las normas existentes de una sociedad machista, donde las presiones de sus compañeros o el bajo poder de negociación en sus relaciones, no les permite lograr que su pareja acepte utilizar anticonceptivo. Al respecto, El Estudio sobre maternidad y unión (UNFPA/INJUVE/CONNA/ISDEMU/INS/MINSAL, 2016), señaló que únicamente el 28% de las adolescentes solicitó a su pareja que utilizara preservativo en su relación sexual. Esto refleja que a pesar que algunas de las niñas puedan tener conocimiento sobre el riesgo de embarazo precoz o de enfermedades de transmisión sexual no siempre cuentan con autonomía y empoderamiento para negociar y poder ejercer prácticas sexuales saludables y responsables.

2.1.6 Condición de pobreza y exclusión

El Banco Mundial destaca que, la pobreza, la baja calidad escolar, crecer en un hogar monoparental, tener una madre adolescente o tener una hermana que quedó embarazada siendo adolescente, pone a las niñas en un mayor riesgo de tener un embarazo precoz.

En El Salvador, en términos de pobreza monetaria, el 22.4% de los hogares son pobres. En el área rural incrementa a 24.5% los hogares en condición de pobreza. En términos de pobreza en sus múltiples dimensiones, resulta que, para el año 2019, el 28.1% de los hogares (17.5% para el área urbana y 46.0% para el área rural). La población total de niños, niñas y adolescentes menores de 16 años es de 1,601,821, de los cuales 630,051 viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, de estos 311,424 son niñas y adolescentes mujeres y el restante sin niños y adolescentes hombres. A pesar de que la cantidad de niños y adolescentes hombres es mayor que las niñas, son las niñas las que predominan en la condición de pobreza extrema con un total de 68,419 y 243,005 relativa. Al ser las niñas el grupo más vulnerable, se encuentran más expuestas a sufrir alguna manifestación de violencia y, por tanto, conlleva a embarazos, uniones, deserción escolar y menores oportunidades de desarrollo (DIGESTYC, 2019).



Por zona de residencia, se puede observar que 6 de cada 10 niñas y adolescentes embarazadas reportaron vivir en zonas rurales; por nivel de pobreza, un 40 % de las encuestadas se clasifica en el nivel más bajo respecto a un 30 % en cada uno de los dos niveles subsiguientes. Por consiguiente, se está frente a una población de estudio en su mayoría rural y con condiciones de vida o nivel socioeconómico Bastante precarios (UNFPA/INJUVE/CONNA/ISDEMU/INS/MINSAL, 2016)

2.1.7 Inversión pública en niñez y adolescencia insuficiente

Para los Estados firmantes de la Convención de derechos de la niñez, ratificada en 1990 por El Salvador, es de gran importancia el esfuerzo y el compromiso en términos presupuestarios para la protección y garantía de los derechos de las niñas y niños, pese a ello, el crecimiento medio de la inversión pública en niñez y adolescencia (IPNA) durante los últimos cinco años (2014 – 2018) fue de tan solo el 2% de la inversión total del país. A septiembre de 2018, la inversión pública que El Salvador orientaba a niñas, niños y adolescentes representó USD2.2 dólares diarios, cifra insuficiente para garantizar la lista de derechos económicos, sociales, culturales y políticos, incluyendo derechos sexuales y reproductivos de este grupo poblacional. En la propuesta de presupuesto para el ejercicio fiscal 2019, esta cifra se plantea hacia la baja ubicándose a USD2.1 diarios (ICEFI, 2018). En El Salvador, en el periodo comprendido entre 2015 a 2019, el crecimiento per cápita de esta inversión solamente ha sido de 20 centavos per cápita. En términos de porcentaje del gasto total del Gobierno en niñez y adolescencia, no supera 1.8%, respecto al 13.8% reportado para el año 2019. (ICEFI, 2018).

Para el año 2020, se previó un incremento del 6.7% en la inversión destinada a niñez y adolescencia, proyectándose que el presupuesto fuera de USD1004.4 millones. Este incremento en la inversión destinado a garantizar los derechos de la niñez y adolescencia es de 10 centavos diarios per cápita. Con este tipo de inversiones raquíticas, cómo es posible hacer frente a los costos asociados que representa la atención tanto para las adolescentes embarazadas como para el recién nacido, siendo que estos no están únicamente relacionados a la atención en salud, sino también, se debe considerar la inversión en educación de las niñas y adolescentes que desertan por embarazo, por último, los ingresos no percibidos por el Estado a causa de la deserción escolar.



La inversión en la atención en salud para las niñas y adolescentes embarazadas estará determinada por la sumatoria del número de atenciones médicas, incluyendo costo del personal, medicamentos, insumos médicos, estancia hospitalaria y las complicaciones que puedan presentarse en cada una de las etapas (atenciones prenatales, en el parto, postparto y del recién nacido).

Por otro lado, el costo de su plan de vida estimado en relación de cuanto deja de percibir el Estado debido a los embarazos en niñas y adolescentes, dependerá del monto de tributos de acuerdo con los ingresos percibidos, establecidos en la política fiscal del país. Para ello, se realiza una estimación de la cantidad de ingreso en percepción de impuesto de IVA e ISR que generan las que desertaron por embarazo de acuerdo al promedio de escolaridad al momento de la desertación, y así, construir un escenario probable de cuánto podrían haber generado si ninguna de ellas hubiera experimentado la maternidad antes de los 24 años y como resultado hubiesen alcanzado diferentes grados de escolaridad. (UNFPA, El costo económico de embarazo en niñas y adolescentes, 2017).

La maternidad temprana trae consigo costos asociados a los ingresos dejados de percibir por una niña o adolescente, que si deja de estudiar seguramente tendrá menos oportunidades de empleo digno; los costos del estado en el número de atenciones, y lo que el Estado dejó de percibir en concepto de impuestos directos e indirectos. Por lo tanto, destinar presupuestos acordes a las necesidades para desarrollar planes integrales de prevención es fundamental para reducir impactos económicos en la niñas y adolescente, su familia y el Estado.

2.1.8 Limitado uso de métodos anticonceptivos

El uso de métodos anticonceptivos en adolescentes es un reto que se viene trabajando desde muchos años atrás, con el fin de lograr una reducción de niñas y adolescentes embarazadas, así como, prevenir enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes. A pesar de que hay avances en el tema, aún hay mucho trabajo por hacer y sobre todo en la concientización y sensibilización en el uso de métodos anticonceptivos en hombres y en brindar servicios amigables para los adolescentes, sin prejuicios y confidenciales.

El Informe sobre factores relacionados al uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo durante la adolescencia (MINSAL/INS, 2018) señaló que, de la muestra entrevistada, únicamente el 15% utilizó algún método anticonceptivo al sostener relaciones sexuales. El Estudio evidenció que las adolescentes decidieron no hacer uso de métodos anticonceptivos debido a una falta de dominio en sus

prácticas sexuales, así como, una falsa sensación de seguridad, acompañado en algunos casos de la decisión de adelantar la maternidad debido a condiciones que limitan su proyecto de vida.

Entre los factores más comúnmente asociados para la no utilización de un método se encuentran los relacionados al pobre acceso a los métodos anticonceptivos, la oposición de la pareja, el temor a efectos secundarios y prohibiciones religiosas (MINSAL/INS, 2018).

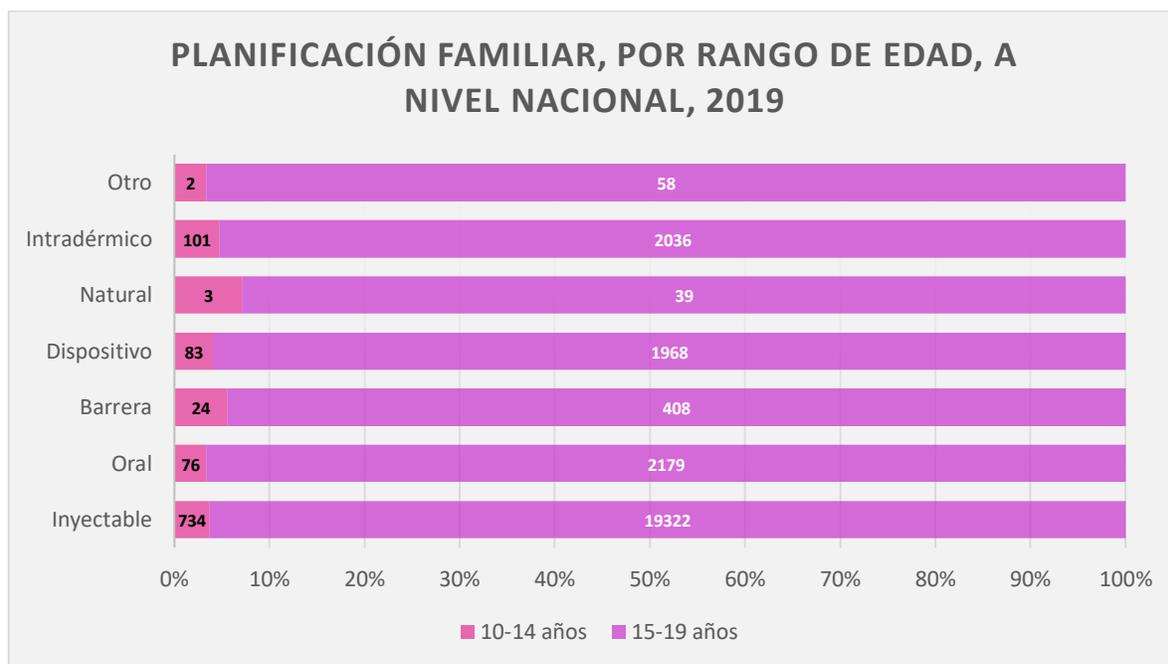
El Mapa de embarazos en niñas y adolescentes señala que el total de inscripciones para uso de métodos anticonceptivos por niñas y mujeres adolescentes entre 10 y 19 años, fue de únicamente 13,153 inscripciones (UNFPA, 2013).

Para el año 2019, tomando como fuente el Sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOWS) registró las atenciones preventivas de usuarias niñas y adolescentes atendidas que hacen uso de métodos de anticoncepción, a nivel nacional los datos son:

- Inyección: 11,419 atenciones por parte de médicos y 8,663 por parte de enfermería.
- Anticonceptivos orales: 1,612 atenciones por parte de médicos y 647 por parte de enfermería.
- Anticonceptivos intradérmicos: 1,815 atenciones por parte de médicos y 233 por parte de enfermería.

De la oferta de métodos anticonceptivos disponibles en el Sistema de Salud, como podemos ver de forma gráfica, el de mayor demanda entre las niñas y adolescentes son los inyectables, incluso en las niñas de 10 a 14 años.

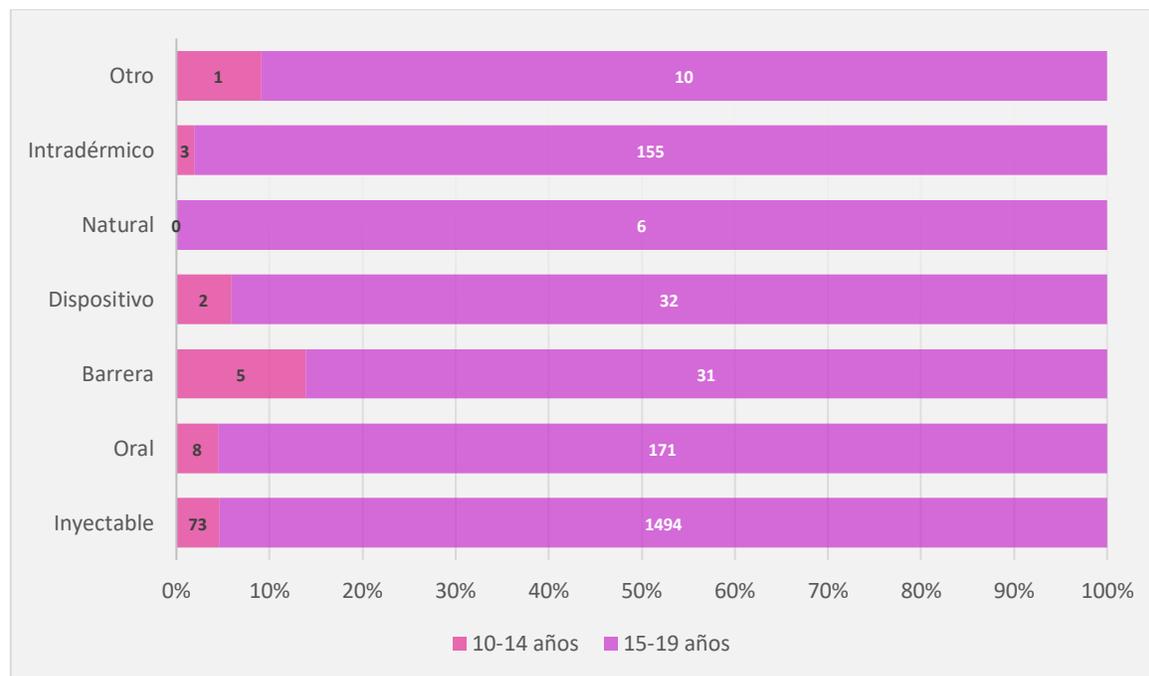
Gráfico 6. Atención preventiva por médicos (inscripciones y controles en MINSAL y FOSALUD nivel nacional 2019).



Fuente: sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOW), MINSAL 2019

A nivel departamental, observamos tendencias similares, el uso mayormente de anticonceptivos inyectables en los casos de las niñas y mujeres adolescentes entre 10 a 19 años; seguidos de los métodos intradérmicos y con una baja incidencia de método de barrera y otros métodos, como se reflejan en la gráfica a continuación:

Gráfico 7. Inscripciones de planificación familiar -médico de 10-19 años. Departamento de Usulután

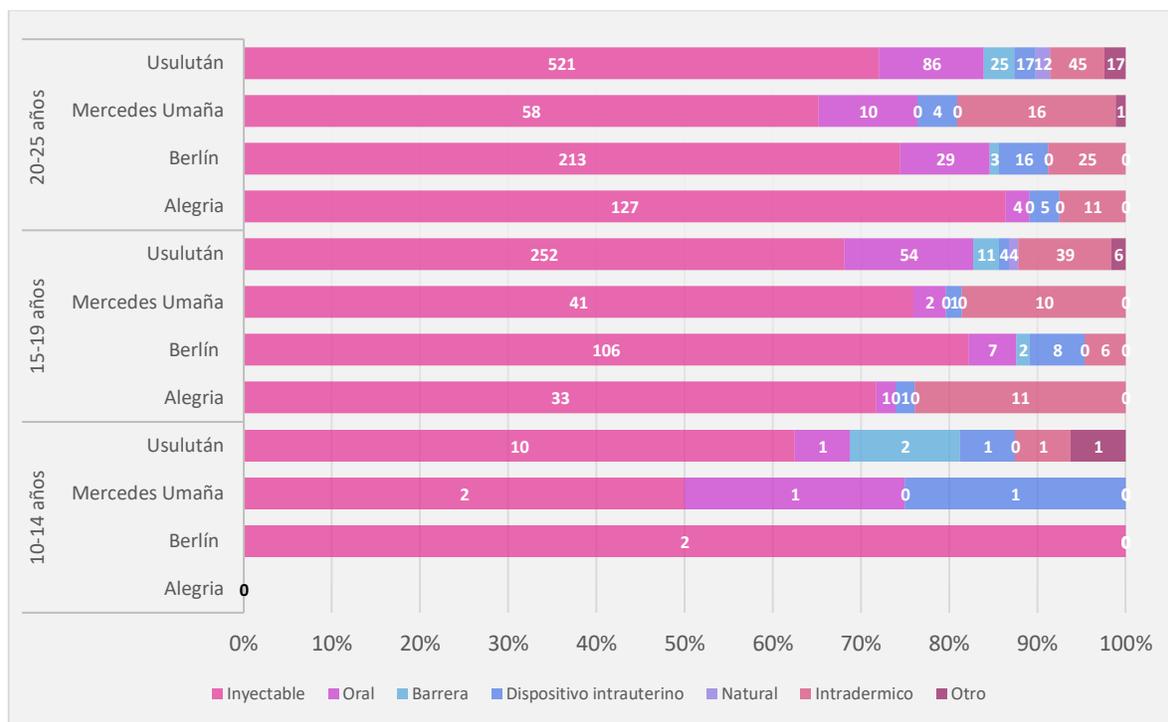


Fuente: sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOW), MINSAL 2019

El número de usuarias de métodos anticonceptivos registradas a nivel nacional como a nivel departamental es muy bajo, lo cual explica la prevalencia de embarazos en niñas y adolescentes, como lo destaca el Mapa de Embarazos en niñas y adolescentes, para el año 2017, se reportaron únicamente 1,302 inscripciones de control prenatal registradas por MINSAL en los rangos de edad entre 10 y 19 años, para el 2019, este dato sigue siendo bajo como se puede observar en la gráfica, son 1991 registros.

Lo que significa que las niñas y adolescentes no están siendo usuarias activas de los métodos de anticoncepción ni en los departamentos ni a nivel nacional. Para profundizar en este análisis sobre las razones por las que las niñas y adolescentes no acceden a estos derechos fundamentales, en la gráfica siguiente, se establecen el número de usuarias de métodos de anticoncepción de los cuatro Municipios considerados en el Estudio:

Gráfico 8. Inscripciones de planificación familiar-médico de 10-19 años. Municipios de Usulután: Alegría, Berlín, Mercedes Umaña y Usulután, 2019



Fuente: Sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOW), MINSAL 2019

En este apartado, es importante señalar, tal como lo destaca el Informe sobre factores que incluyen en el uso de anticonceptivos (MINSAL/INS, 2018) que en los adolescentes persisten mitos y temores, estos están basados, principalmente, en la experiencia de otras usuarias y en una mala comprensión del método anticonceptivo. El uso de anticonceptivos en las prácticas sexuales adolescentes está marcado por la información del entorno en que las adolescentes y jóvenes se desarrollan, tanto familiar como comunitario, especialmente, en su círculo más cercano.

Por otra parte, los embarazos no planificados también tienen que ver no solo con el uso del método anticonceptivo, sino también, por el uso inadecuado o por la falla del método, lo último también puede ser debido a la mala utilización del mismo. Además, influyen otros factores como aspectos religiosos.

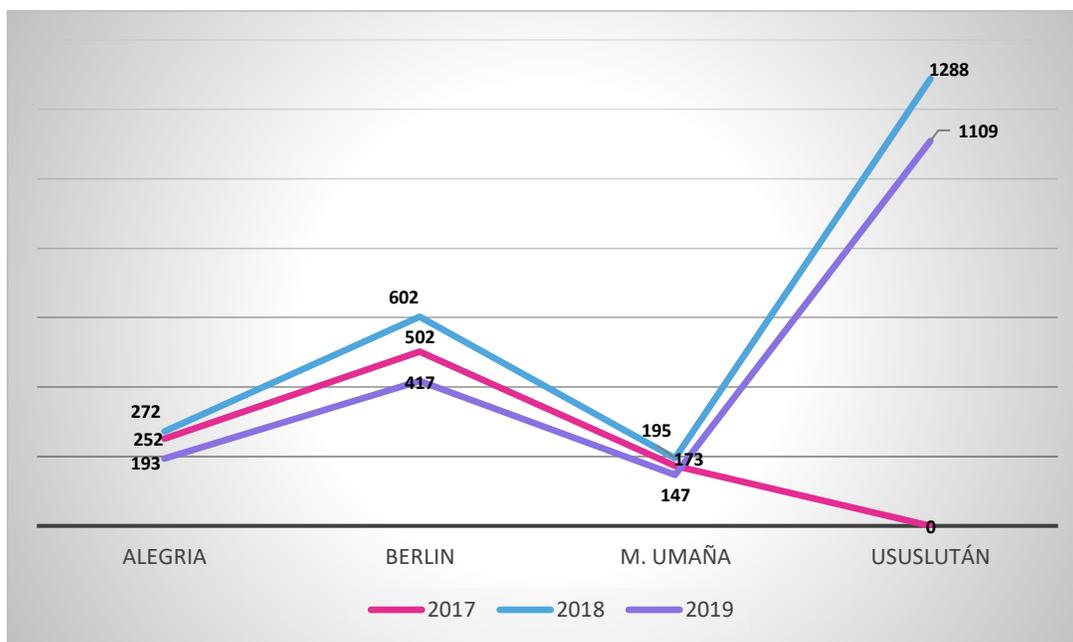
En este apartado es importante señalar, tal como lo destaca el Informe sobre factores que incluyen en el uso de anticonceptivos (MINSAL/INS, 2018) que en los adolescentes persisten mitos y temores, estos están basados, principalmente, en la experiencia de otras usuarias y en una mala comprensión del método anticonceptivo. El uso de anticonceptivos en las prácticas sexuales adolescentes está marcado por la información del entorno, en el que las adolescentes y jóvenes se desarrollan, tanto familiar como comunitario, especialmente, en su círculo más cercano.

Para identificar los factores que influyen para que las niñas y adolescentes sean usuarias de métodos anticonceptivos; y poder orientar e identificar acciones que permitan a las Organizaciones de Defensa de Derechos Humanos de Mujeres, posesionarse con respecto a estas temáticas, en el siguiente apartado sobre brechas se aborda de forma cualitativa los resultados expuestos por adolescentes y jóvenes de los 4 municipios del Estudio.

2.1.9 Evolución del uso de servicios de planificación familiar (2017 a 2019)

La reducción del número de embarazos en niñas y adolescentes de 10 a 19 años debe ser, entre otros, el resultado que garantiza servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y amigables de acuerdo a la edad de las adolescentes y jóvenes. Lastimosamente como lo observamos en la siguiente gráfica, para el periodo de 2017 a 2019, el número de inscripciones a métodos de planificación familiar en vez de aumentar se ha reducido en los cuatro municipios de referencia, a pesar que en el 2018, con respecto al 2017, se había experimentado un incremento digamos que marginal.

Gráfico 9. Comparativo de la planificación familiar en los cuatro municipios para el periodo 2017-2019.



Fuente: Sistema de Morbi Mortalidad en Línea (SIMMOW), MINSAL 2019

Para algunas lideresas de los municipios, tanto adultas como jóvenes, a pesar de existir una Estrategia de Servicios Amigables para adolescentes y jóvenes; esta no llega al territorio y los servicios siguen siendo excluyentes para las usuarias, sobre todo cuando se trata de niñas, adolescentes y jóvenes. Algunas de las jóvenes que participaron en el Estudio, manifestaron sentirse muchas veces juzgadas, también la falta de privacidad y confidencialidad, constituyen barreras de acceso para recibir los servicios. Lo cual se evidencia cuantitativamente en los resultados presentados en la gráfica.



3. BRECHAS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Existen barreras de acceso a servicios de SSR para adolescentes; el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activas es bajo y el porcentaje de necesidades de planificación familiar insatisfecha es significativo; además, se observan falencias en conocimiento sobre la sexualidad. Las adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años que señalan no hacer uso de métodos anticonceptivos por desconocimiento de estos es de 15% en El Salvador (COMISCA, 2014).

El número de inscripciones de planificación familiar de las adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años para el 2017 fue de únicamente 13, 153, frente a 16,688 en el 2015, es decir, que se ha disminuido en un 26% la inscripción en planificación familiar en adolescentes y jóvenes. Representando el 33.8% de las inscripciones a nivel nacional totales para el 2017 (UNFPA, 2017).

El Sistema de Salud reporta que el total de usuarias de 10 a 19 años es de 30,055 y que estas representan únicamente el 20% de las usuarias a nivel nacional. Del total de usuarias de 10 a 19 años, las que usan métodos de anticoncepción inyectables fue del 85.1% para el 2017.

El 70% de los escolares no conoce la existencia de servicios especiales para adolescentes. Quienes conocen algún servicio, mencionan con mayor frecuencia la atención en uso de métodos anticonceptivos (16%) y atención especializada para adolescentes (12%) (MINSAL/INS, 2018).

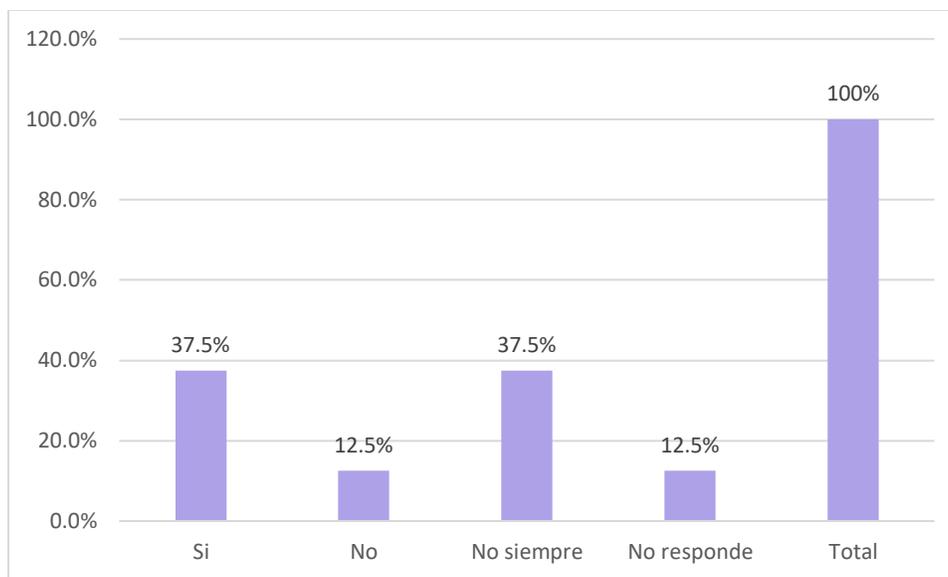
3.1 Disposición de servicios de salud sexual y reproductiva en los Municipios

Los servicios de salud no siempre son amigables para las niñas y adolescentes y estos tienen vergüenza de solicitar los servicios de forma pública. Uno de cada cinco estudiantes entrevistados, que asistió el último año a recibir servicios de salud, refiere no sentir confianza con el personal de salud que lo atendió ya que adjudican falta de calidad de atención (61%) y falta de confidencialidad (21%) (MINSAL/INS, 2018).

***Las jóvenes asisten a pedir servicios de salud sexual y reproductiva, aunque el personal de la Unidad de Salud habló mal de ellas y las juzguen.
Opina una de las jóvenes líderes de los Municipios del Proyecto.***

Para evidenciar la percepción de las adolescentes y jóvenes acerca de la disponibilidad de servicios en los municipios se realizó una consulta a 11 mujeres jóvenes de los municipios del Proyecto. Las jóvenes y adolescentes entrevistadas, respecto a la disponibilidad de los servicios indicaron: el 37.5% manifestó que los servicios están disponibles; mientras que el 37.5% opina que no siempre están disponibles y hay discontinuidad del servicio, el 12.5% indicó que no considera que se encuentran disponibles para las adolescentes y jóvenes y el restante porcentaje no responde.

Gráfico 10. Disponibilidad de los SSR para adolescentes y jóvenes



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por jóvenes entrevistadas de los Municipios de intervención del Proyecto. Abril 2019

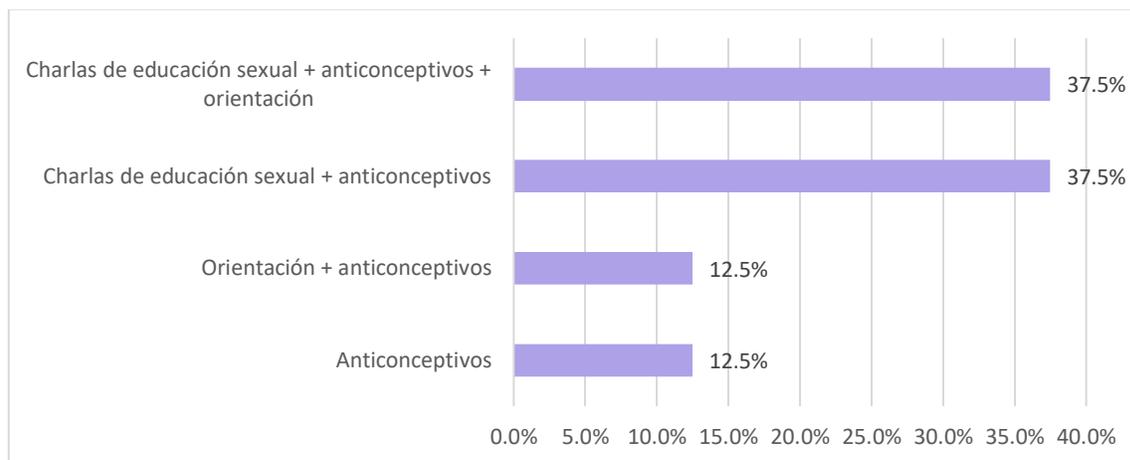
Las usuarias enfatizaron en lo siguiente; ellas señalan que están disponibles, pero estos son provistos por parte de las Organizaciones de derechos de las mujeres. En el caso de la Unidad de Salud, no siempre están disponibles los métodos anticonceptivos de barrera o la inyección. Con Las Dignas y a través de Movimiento Salvadoreño de Mujeres se coordina para las charlas y volanteo en las Comunidades del municipio, pero sobre todo con las Dignas.

3.2 Servicios que están disponibles de salud sexual y reproductiva

*Sí, lo dan para todos, a quien lo solicite se le brinda el servicio.
El problema es que a veces las enfermeras hablan fuerte y las demás personas se dan cuenta de que la persona está en planificación, no hay mucha privacidad.*

A partir de la consulta realizada, en el grafico siguiente se puede evidenciar que los servicios que están disponibles son: el 12.5% indicó que solo métodos anticonceptivos se encuentran disponibles, otro 12.5% opina que hay disponibilidad de anticonceptivos y orientaciones, el 37.5% manifestó que en los municipios se dan charlas de educación sexual y anticonceptivos, y el restante 37.5% considera que todos los servicios antes mencionados están disponibles.

Gráfico 11. Servicios de SSR disponibles en los municipios de Usulután: Alegría, Berlín, M. Umaña y Usulután.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por jóvenes entrevistadas de los municipios de intervención del Proyecto. Abril 2019

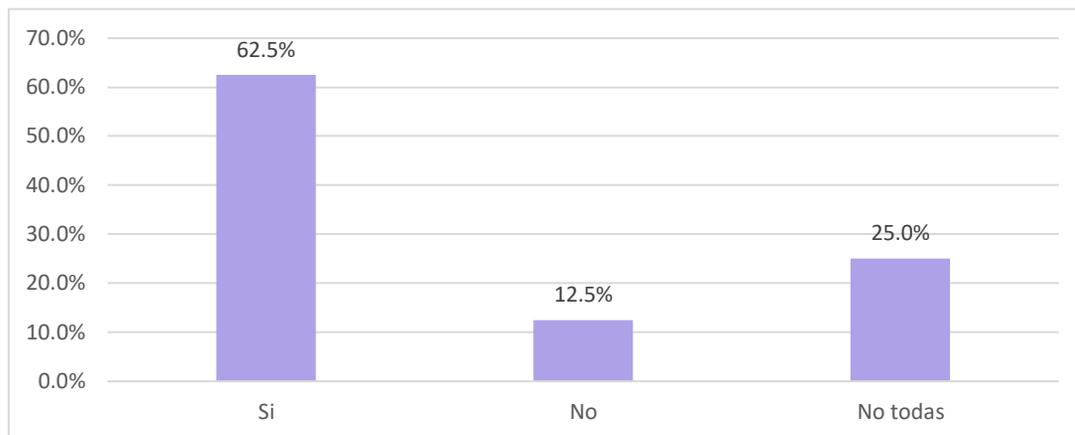
3.3 Acceso a servicios sexuales y reproductivos en los Municipios

*La personal de las Unidades de Salud no tienen ética y lo digo por personas que he conocido de ahí, van a comentar o llaman a las adolescentes y jóvenes y le dicen “mira vos tenés esto y esto” y se lo dicen enfrente de la gente, entonces, eso es una de las cosas por las que las adolescentes y jóvenes no se vuelvan a acercar, la privacidad es un derecho y no se respeta. **Opinión de lideresa de la AMUDEZNU.***

Dentro de la provisión de servicios sexuales y reproductivos existen obstáculos vinculados con los prejuicios y poca discreción por parte del personal de salud a la hora de proveer y promover los servicios que limitan su acceso (PDDH, 2016).

En el gráfico se muestran los resultados de la consulta realizada a las jóvenes acerca del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en los cuatro municipios de intervención del Proyecto. Resultando que, el 62.5% considera que las adolescentes y jóvenes si pueden acceder a estos servicios, el 12.5% opina que los servicios no son accesibles para ellas y el restante 25% manifestó que no todas pueden acceder a estos servicios.

Gráfico 12. Acceso a servicios de SSR en los municipios de Usulután: Alegría, Berlín, M. Umaña y Usulután.



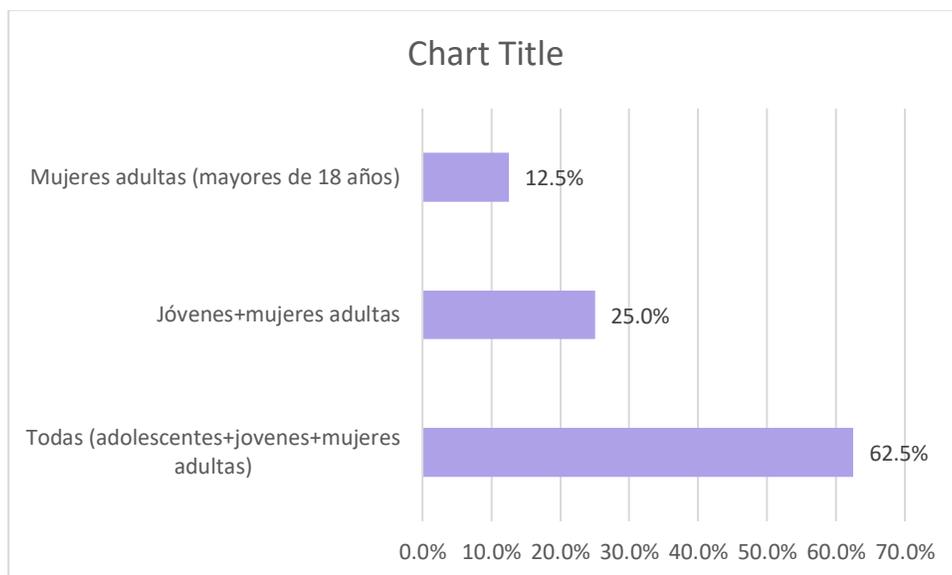
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por jóvenes entrevistadas de los municipios de intervención del Proyecto. Abril 2019

3.4 ¿Quiénes acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Territorio?

Si son mujeres organizadas (de 12 años en adelante) el acceso es mayor porque se está pendiente de que se cuiden, a nivel de unidad de salud las jóvenes que llegan son pocas.

En las entrevistas se consultó a las jóvenes quienes tienen fácil acceso a los servicios de SSR o quienes pueden acceder a estos servicios. El gráfico muestra los resultados que indican que, para los municipios de estudio, el 25% opina que los servicios están disponibles para jóvenes y mujeres adultas, el 12.5% considera que solo mujeres mayores de 18 años acceden a estos servicios y el 62.5% de las entrevistadas manifestó que los servicios están disponibles tanto para adolescentes, mujeres jóvenes y adultas.

Gráfico 13. ¿Quiénes acceden a los servicios de salud sexual y reproductiva? Municipios de Usulután: Alegría, Berlín, M. Umaña y Usulután.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por jóvenes entrevistadas de los Municipios de intervención del Proyecto. Abril 2019

Una de las usuarias señala que, en la Unidad de Salud son las mujeres adultas las que acceden a estos servicios en su mayoría, ya que a las jóvenes se les pide que lleguen con su pareja o con una persona mayor de edad y eso se convierte en una barrera de acceso a los SSR.

3.5 Provisión de servicios sexuales y reproductivos en condiciones de igualdad

Respecto a si la provisión de los servicios de SSR son brindados en igualdad de condiciones, las jóvenes entrevistadas manifestaron que, si se brindan en igualdad de condiciones el 63% y el 37% de ellas considera que no existe igualdad en la provisión de los servicios.

Desde la percepción de una de las entrevistadas, señala textualmente “Yo creo que no existe condición de igualdad al proveer los servicios. Por ejemplo: a una mujer adulta la atienden más fácilmente que a una mujer joven. A veces por el simple hecho de ser joven no les quieren dar información. Les dicen que, porque andan de locas, entonces no les dan la información”. Mientras que otra joven señala que en su Municipio “Todos los métodos están disponibles para mujeres jóvenes y adultas, media vez sea mayor de edad”.

3.6 Provisión de servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminación

Al consultar a las jóvenes entrevistas si consideran que los servicios de salud sexual y reproductivos son brindados con discriminación para las adolescentes y jóvenes. Resulta que el 88% de las entrevistadas

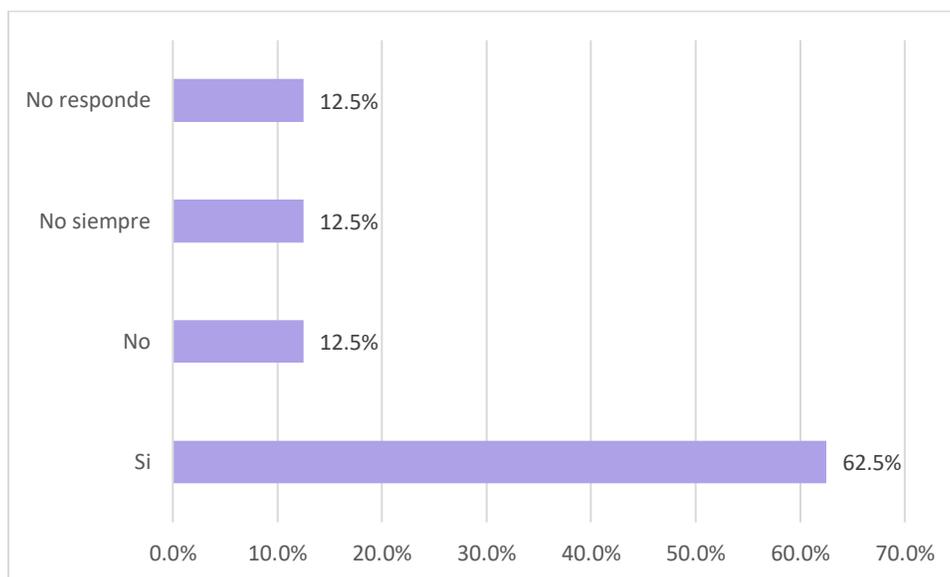
considera que los servicios de SSR son brindados sin discriminación, es decir, igual para todos sin ningún tipo de discriminación.

No obstante, algunas de ellas afirmaron que la edad es un factor de discriminación para brindar el servicio, al respecto señalaron textualmente “Si una es joven no las atienden, esto sucede sobre todo en los centros escolares y en los hospitales cuando ya está embarazada, en los centros escolares les niegan el estudio y en las unidades de salud la atención. Además, en el caso de menores de edad se les juzga por iniciar su vida sexual temprana y se les discrimina”.

3.7 Provisión de servicios sexuales y reproductivos accesibles y de calidad

En la consulta realizada a las jóvenes se indagó acerca de la accesibilidad y la calidad de los servicios de SSR que se brindan en sus territorios, al respecto los resultados sobre la accesibilidad, la mayor parte de las usuarias considera que los SSR son accesibles con un 62.5% de las jóvenes; mientras que el 12.5% asegura que no son accesibles y el mismo porcentaje considera que no siempre son accesibles o no responde.

Gráfico 14 Provisión de servicios sexuales y reproductivos accesibles en los municipios de Usulután: Alegría, Berlín, M. Umaña y Usulután.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por jóvenes entrevistadas de los municipios de intervención del Proyecto. Abril 2019

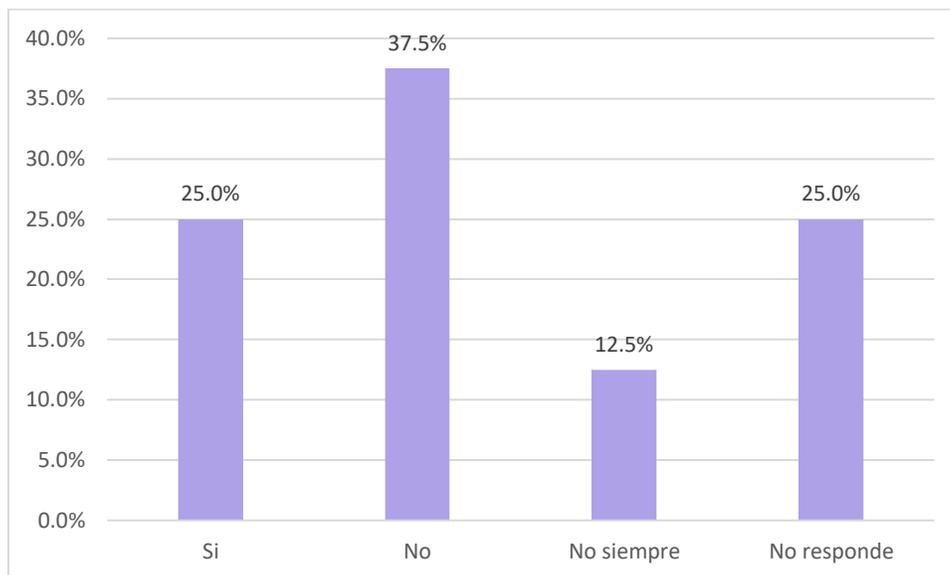
Algunas usuarias señalan que son accesibles, pero en ocasiones no hay inyección en la Unidad de Salud. “Lo que sucede es que a veces no tienen el personal disponible para atenderlas o no hay suficientes suministros médicos, cosas básicas”, señala una de las usuarias.

Respecto a la calidad de los servicios disponibles en sus municipios, el 37.5% consideran que los SSR no son de buena calidad ya que hay mujeres que aun utilizando algunos de los métodos han salido embarazadas; esto sumado al 12.5% sostiene que no siempre los métodos brindados son de calidad. Al



respecto señalan textualmente “considero que la calidad no es muy buena, hay mujeres que están planificando con el DIU y han salido embarazadas “

Gráfico 15 Provisión de servicios sexuales y reproductivos de calidad en los municipios de Usulután: Alegría, Berlín, M. Umaña y Usulután.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por jóvenes entrevistadas de los municipios de intervención del Proyecto. Abril 2019

Finalmente, para el 100% de las jóvenes entrevistadas, las limitaciones de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y sin discriminación trae consigo no solo el embarazo no deseado, sino, enfermedades de transmisión sexual, ETS que atenta contra la salud de las adolescentes y jóvenes.



4. CONSECUENCIAS DE LOS EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

Las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes son violatorias a los derechos humanos y afectan sus proyectos de vida. El embarazo adolescente no suele ser el resultado de una decisión deliberada (estas niñas no suelen tener poder para tomar muchas decisiones que afectan sus vidas), sino más bien, de la ausencia de opciones: es una consecuencia del acceso limitado o nulo a la escuela, a la información o a la atención médica y a la violencia sexual. A pesar de ofrecer la amplia gama de métodos anticonceptivos sin restricciones es parte del derecho a decidir número y espaciamiento de hijos e hijas emanado de la Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, esto dista mucho de la realidad que viven las adolescentes y jóvenes en los territorios.

Los embarazos tempranos traen consigo múltiples consecuencias para los planes de vida de niñas, adolescentes y jóvenes, que se enfrentan a situaciones marcadas por la marginación, la estigmatización y otras conductas machistas y misóginas que confieren a las mujeres desde temprana edad a roles tradicionales reproductivos y de cuidado. Desde las protagonistas de este Estudio, las consecuencias de un embarazo son variadas y parte de la reflexión es que “un embarazo se puede prevenir, cuando se recibe educación e información, siendo que las niñas, adolescentes y jóvenes tienen el derecho de acceder a una educación e información que les asegure que cualquier decisión con respecto a su vida sexual y reproductiva este fundamentada en el consentimiento libre e informado, incluyendo recibir información y provisión de métodos anticonceptivos que mejor se ajusten a sus necesidades”.

Las entrevistadas señalaron que “las adolescentes no utilizan los anticonceptivos porque no los tienen accesibles, esto genera en muchas ocasiones no solo embarazos no deseados, sino, que tengan embarazos de alto riesgo, que ponen en peligro su vida y la de su bebé”. Las adolescentes y jóvenes que viven en cantones son las más excluidas, “están aisladas de los servicios de salud básicos y muy lejos de recibir salud sexual y reproductiva”. Tampoco reciben educación sexual “las promotoras de salud no llegan por la misma lejanía de los lugares y por la inseguridad y riesgo de ser violentadas”.

Las consecuencias de no tener acceso a derechos sexuales y reproductivos no son solo los embarazos no deseados, sino también, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el virus de papiloma humano que puede llegar a causar cáncer cérvico uterino. Las enfermedades de transmisión sexual están a la orden del día, las adolescentes no asisten a la Unidad de Salud por la poca discreción del personal para solicitar métodos de barrera o por que se les niega los SSR sino van acompañadas de un adulto responsable.



Las niñas no están preparadas para cuidar a un niño, las oportunidades de seguir preparándose son pocas cuando las niñas salen embarazadas. Una parte del derecho a decidir sobre la maternidad es propiciar condiciones para que las adolescentes aplacen el primer embarazo... *“Considero que la mayor consecuencia de no tener acceso a SSR son los embarazos a temprana edad”*.

Otras consecuencias identificadas que están asociadas al limitado acceso a SSR y que además constituyen consecuencias cuando las niñas y adolescentes ya se encuentran embarazadas son:

1.1 Morbilidad materna

La morbilidad materna es definida por la OMS como, una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna. Es una complicación severa durante la gestación y los 42 días posparto, la cual pudiera ocasionar la muerte de la madre o invalidez definitiva, si esta no recibe una intervención médica adecuada. Las complicaciones del embarazo y parto son la principal causa de muerte de las niñas y adolescentes.

Según datos del boletín de la OMS, titulado “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”, las niñas y adolescente embarazadas, menores de 16 años, corren un riesgo cuatro veces mayor de mortalidad materna y una tasa de mortalidad neonatal 50% superior que las mujeres de 20 a 30 años. Los expertos en salud sostienen que durante el embarazo las niñas y adolescentes requieren de atenciones, tanto físicas como psicológicas, y en las etapas posteriores para salvaguardar la vida de sus hijos como la de ellas. El Estudio indica que los cuerpos de las niñas y adolescentes no están lo suficientemente desarrollados lo que les trae consecuencias adversas durante el tiempo de gestación y el parto, entre las complicaciones más comunes se pueden mencionar: enfrentar un parto obstruido que sin una obstétrica adecuada podría conducir a la ruptura del útero; un trabajo de parto prolongado puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarramiento entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces; problemas secundarios como aislamiento social y traumas psicológicos.

Alrededor de 70.000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte en adolescentes. La mayoría proviene de hogares de bajos ingresos que tienden a tener una nutrición deficiente (UNFPA, 2013).

En El Salvador, las atenciones por morbilidad asociadas al embarazo en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años para el año 2017 fueron de 22,692. Las causas más recurrentes de dichas atenciones están relacionadas con las infecciones con 17,553 casos (77.35 %); 1,890 cuadros de trastornos hipertensivos (8.33%) y 1,625 abortos registrados (7.16%). Cabe destacar que en el caso de las atenciones brindadas por morbilidad el 51.58% (11,705 casos) de ellas corresponde al grupo etario de mujeres jóvenes de 18 y 19 años, 44.3% adolescentes entre 15 y 17 años y el restante 4.12% pertenece a niñas de 10 a 14 a (MINSAL-UNFPA, 2017).

Tabla 3. Atenciones por morbilidad asociada al embarazo en niñas y adolescentes, 2017

Atenciones por morbilidad por grupos de edad, asociadas al embarazo en niñas y adolescentes, 2017					
Atenciones por morbilidad	10 a 12 años	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total
Infecciones	50	614	7874	9015	17553
Trastornos hipertensivos	6	74	749	1061	1890
Hemorragias	1	1	33	35	70
Parto prematuro	10	79	648	732	1469
Embarazo ectópico	1	2	32	50	85
Abortos	8	87	718	812	1625
Total	76	857	10054	11705	22692

Fuente: UNFPA, Mapa de embarazos en niñas y adolescentes. El Salvador 2017.

La presencia de morbilidades durante el embarazo y el factor de la edad, incrementan la probabilidad de tener un parto prematuro en población adolescente. (UNFPA, 2017).

1.2 Aborto

La situación provocada por la penalización absoluta del aborto o interrupción del embarazo en el país vulnera el goce de los derechos a los que aluden los estándares internacionales sobre este tema y aumenta el riesgo de que las niñas, adolescentes y mujeres recurran a abortos no seguros que tienen consecuencias graves para su salud física y mental, lo que incide negativamente en su proyecto de vida (PDDH, 2016). No se cuenta con información actualizada acerca de los abortos producto de los embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes, más que la registrada en el Mapa de Embarazos en Adolescentes del 2017, sin embargo, es importante señalar que dicha



consecuencia es violatoria al mismo derecho a decidir cuándo y cuantos hijos y a la misma autonomía del cuerpo de una mujer.

Los datos sobre abortos registrados fueron de 1,625 de los cuales las mayores incidencias se registran entre los 15 y 19 años con el 95% de los casos registrados.

Atenciones por morbilidad por grupos de edad, asociadas al embarazo en niñas y adolescentes 2017					
Atenciones por morbilidad	10 a 12 años	13 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	Total
Abortos	8	87	718	812	1625

Fuente: UNFPA, Mapa de embarazos en niñas y adolescentes. El Salvador 2017.

1.3 Suicidio

El Informe Muertes Maternas por Suicidio (UNFPA, 2019), señala que, en El Salvador, desde el año 2009, la segunda causa de muerte en adolescentes ha sido el suicidio y se han registrado 476 casos. El mismo informe indica que según datos del Observatorio Centroamericano y República Dominicana de la conducta suicida, elaborado a partir de información por el MINSAL, la tendencia de conducta suicida en adolescentes ha disminuido. En el 2018 se registraron 90 suicidios en adolescentes mujeres y 132 en adolescentes hombres. Entre los métodos más utilizados se cita: ingestión de plaguicidas, envenenamiento por sustancias tóxicas, armas de fuego entre otros. Dentro del informe, la Asociación de Profesionales de Psicología de El Salvador, PSICOLEGAS El Salvador, ante la situación de 14 suicidios de niñas y adolescentes embarazadas, recuerda que el suicidio como acto deliberado de causarse daño hasta la muerte suele estar vinculado a la existencia de relaciones de poder desigual, que empujan a la persona hacia la muerte. Según la OMS, los suicidios por embarazo producto de violencia sexual son calificados como muerte por causa directa no obstétrica. Pero hay varios condicionantes relevantes que provocan vulneración de derechos de la niñas, niños, adolescentes y mujeres, poniéndoles en desventaja por los factores de riesgo asociados y principalmente, al hecho de ser niña o mujer en El Salvador, como las relaciones de poder y violencia, falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, conducta de posesión patriarcal, la prevalencia de postulados anti derechos sexuales y reproductivos a nivel familiar y comunitario. El informe cita una serie de relatos, acerca de suicidios en adolescentes y jóvenes en



El Salvador: “Cuando Paola murió, su madre no sabía del embarazo, su familia más cercana tampoco. La autopsia reveló que tenía entre 14 y 16 semanas de embarazo”; Laura agonizó durante horas, mientras agonizaba le realizaron exámenes, los análisis de sangre arrojaron una prueba positiva de embarazo; ente entre otros relatos dan cuenta del grado de vulneración al que las niñas y adolescentes se encuentran expuestas en nuestro país ante la violencia dentro de sus propios hogares por agresores que son integrantes de su grupo familiar y en las comunidades por pandillas y otros perpetradores.

El Estudio señala que, saberse embarazada en una relación no deseada, sentirse sola, la muerte o la enfermedad de una persona cercana o de apoyo, y tener problemas familiares con la pareja o con los padres, son razones para los pensamientos de muerte, pero también para el deseo de morir.

1.4 Deserción e interrupción escolar por embarazo y maternidad

El estudio “Costo económico del embarazo en niñas y adolescentes” afirma que, de las 25,584 niñas y adolescentes embarazadas en 2015, 15,453 no estudiaban al momento del embarazo y 10,131 sí lo hacían. De estas últimas, 7,900 no continuaron su proyecto educativo y solo 2,231 continuaron la escuela. Dicho de otra manera, 8 de cada 10 niñas y adolescentes mujeres abandonaron su proyecto educativo como consecuencia de la maternidad.

La recién publicada Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (DIGESTYC, 2019) señala que, 466,389 no asisten a la Escuela, de estos el 89% son niños, niñas y adolescentes y jóvenes menores de 23 años. En la siguiente tabla se muestra la distribución por segmento etario, no obstante, es importante resaltar que 2,426 niñas y adolescentes mujeres afirman que no estudian a consecuencia del embarazo o por la maternidad. El segmento que presenta mayor incidencia es el de 19 a 23 años; seguido por el de 16 a 18 años que corresponde a la edad para la educación media y el de 13 a 15 años que corresponde a estudio de segundo y tercer ciclo. En los niveles etarios, la consecuencia directa de la deserción y discontinuidad escolar es la maternidad temprana.

Tabla 4. Niñas, adolescentes y mujeres de 4 a 23 años que no estudian por motivo de no asistencia a clases

Motivo de no asistencia a clases	Rango de edad					
	4-6 años	7-9 años	10-12 años	13-15 años	16-18 años	19-23 años
Necesita trabajar	—	—	100	1,075	6,862	53,117
Causas del hogar	532	699	620	1,294	7,636	28,814

Muy caro	469	163	124	966	14,896	68,419
Por enfermedad	1,033	276	241	463	676	1,301
Discapacidad	660	63	319	1,146	1,761	1,751
Los padres no quieren	23,538	1.675	599	846	281	66
Por la edad	22,440	–	–	–	–	1,603
Finalizó sus estudios	104	–	–	–	–	3,769
No existe escuela cercana	1,815	168	245	1,620	1,684	2,421
No le interesa	783	961	1,679	8,655	23,249	51,119
Repite mucho	–	–	–	210	32	93
Quehaceres domésticos	–	–	27	1,567	12,040	46,148
No hay escuela para adultos	–	–	–	82	426	740
Por embarazo	–	–	–	–	591	311
Por maternidad	–	–	–	78	276	1,170
Otros	772	255	134	267	1,525	1,238
Inseguridad	111	56	328	863	1,294	935
TOTAL	52257	2643	4416	19132	73229	263015

Fuente: elaboración propia con base a datos de la EHPM 2019.

El Estudio maternidad y uniones en niñas y adolescentes⁵: consecuencias en la vulneración de derechos, concluyó que, el 84% de las niñas entre 10 y 12 años (que tuvieron un parto en 2012) no asistían a la escuela al momento de la encuesta. Mientras que, el mismo estudio señala que el 40% de las adolescentes estaban estudiando al momento del embarazo y tres de cada cuatro interrumpieron sus estudios. El 60% de las adolescentes que experimentaron un embarazo en 2015 estaban fuera del sistema educativo. Del 40% restante, 8 de cada 10 abandonaron la escuela como consecuencia del embarazo (UNFPA, 2017).

En el caso de El Salvador, en relación con el nivel educativo alcanzado, la Encuesta nacional de salud del 2014, reportó que en el grupo de mujeres de 20 a 24 años que habían tenido un hijo o hija antes de los 18 años, el 54% se encuentra sin escolarización; el 38% había estudiado primaria; el 28.2% tercer ciclo; el 7.5% bachillerato; y únicamente el 2% tenía educación universitaria. Dicha encuesta concluye que las

⁵Tomado de <https://elsalvador.unfpa.org/es/noticias/maternidad-y-union-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-consecuencias-en-la-vulneraci%C3%B3n-de-sus-derechos>

jóvenes de 15 a 19 años que tienen nivel educativo hasta primaria tienen 25 veces más probabilidad de tener un hijo o hija en relación con las universitarias.

A escala internacional, diversos estudios evidencian que las niñas y adolescentes que están fuera del sistema educativo se encuentran en condiciones de mayor riesgo frente al embarazo y las uniones.

Departamento	Inscripciones prenatales 10-19 años 2017	Embarazos registrados en centros escolares 2017	Número de centros escolares que han identificado casos de embarazos en niñas y adolescentes	Número de centros escolares en el departamento
Ahuachapán	1,384	32	21	307
Santa Ana	1,936	72	18	270
Sonsonate	1,870	84	25	423
Chalatenango	547	29	30	224
La Libertad	2,088	125	76	595
San Salvador	3,569	334	30	334
Cuscatlán	803	50	16	389
La Paz	1,258	55	35	339
Cabañas	608	25	40	512
San Vicente	630	23	147	1,035
Usulután	1,302	51	16	240
San Miguel	1,471	89	37	525
Morazán	747	53	44	363
La Unión	977	28	30	471
Total	19,190	1,050	565	6,027

Fuente: UNFPA, Mapa de embarazos en niñas y adolescentes. El Salvador 2017.

Según datos del MINSAL y MINED, en 2017, de las 19,190 niñas y adolescentes registradas en las inscripciones prenatales, solo 1,050 fueron registradas en los centros escolares; y, de 6,027 centros escolares en el país, se han registrado casos de estudiantes embarazadas en 565 centros escolares. En el departamento de Usulután, de las 1302 inscripciones prenatales, solo 51 casos de embarazos fueron registrados por los centros escolares; de 240 centros escolares en el departamento, solo 16 centros identificaron casos de embarazos en niñas y adolescentes.

Para profundizar los casos dentro del Sistema Educativo públicos, revisamos las causas de deserción escolar del Departamento de Usulután, siendo que encontramos reporte de 13 Centro Educativos que presentan deserción escolar a consecuencia de embarazado, acoso sexual y prostitución, todas estas situaciones representan violaciones a los derechos humanos de las NNA y violencia hacia niñas y adolescentes.

NUMERO DE CE POR CAUSA DE DESERCIÓN, DEPARTAMENTO DE USULUTÁN

Causa de deserción	Número de CE	%
Cambio de domicilio	284	62.42%
Migración	253	55.60%
Incorporación a actividades productivas	79	17.36%
Escasos recursos económicos	71	15.60%
Violencia pandilleril	50	10.99%
Bajo rendimiento académico	20	4.40%
Enfermedad	44	9.67%
Lejanía del C.E.	26	5.71%
Embarazo	11	2.42%
Acoso	1	0.22%
Violación sexual	0	0.00%
Prostitución	1	0.22%
Otros	26	5.71%

Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio MINED 2018

Entre las consecuencias del embarazo adolescente están: menos probabilidades de culminar la educación secundaria ya que el embarazo adolescente reduce los años de escolaridad, la asistencia a la escuela y las horas laborales. A nivel del departamento, pese a que el reporte anterior señala que hay 11 centros educativos con causas de deserción por embarazo, únicamente se reporta 1 estudiante embarazada durante el año escolar reportado.

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que



quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. **Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo.** Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (Organización Mundial de la Salud, 2020)

1.5 Fracaso en el Plan de vida

Las secuelas psico-sociales se reflejan en los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar muy costosa por tratarse de niveles de educación secundaria, preparatoria y en algunos casos universitaria. Las adolescentes no están preparadas para la maternidad y experimentan depresión, ansiedad, resentimiento y sentimientos de fracaso, vergüenza, culpa, ira y negación.

Las niñas embarazadas ya no tienen posibilidad de seguir estudiando y tienen que trabajar. Opinión de mujer joven del Proyecto.

Por otro lado, en las adolescentes puérperas se evidencia cómo el proyecto de vida influye en sus decisiones en cuanto a la maternidad y oportunidades de desarrollo (MINSAL/INS, 2018). Las adolescentes con escasa o nula educación y formación tienen menos aptitudes, actitudes y oportunidades para la inserción laboral, lo cual tiene un costo económico para su vida y para el país ya que se afectarán los ingresos que podría haber percibido a lo largo de su vida y su calidad de vida.

En el ámbito educativo-comunitario las niñas y adolescentes se enfrentan a ser desprestigiadas, discriminadas y estigmatizadas. Lo que desencadena abandono de sus estudios y probablemente a su inserción laboral en condiciones poco favorables que no le permitirán mejorar su calidad de vida.

En el ámbito familiar una niña y adolescente embarazada se expone al rechazo e incluso a la violencia dentro del seno familiar, ya sea por sus responsables o por su pareja si se encuentran en esta situación.

Asimismo, durante todo el proceso de gestación y tras el parto se les exigen roles y funciones para las que no solo no se encuentra preparada, sino, que son percibidas como necesarias en su condición de madre, delimitando su valor como mujer en base a esto; lo cual puede generar conflictos que terminen estancando su desarrollo en su condición de madre, favoreciendo futuros embarazos y cerrándose a otras posibilidades. (MINSAL/INS, 2018).

1.6 Precariedad y pobreza

El Estudio Maternidades en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, reportó que a escala mundial (UNFPA, 2013), las niñas rurales en situación de pobreza y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas que las niñas con mejores ingresos y educadas. Así como las niñas que pertenecen a grupos marginalizados que no tienen opción ni oportunidad de acceder a servicios sexuales y reproductivos, incluyendo la información sobre anticonceptivos son más proclives a quedar embarazadas.

En El Salvador, según datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1.5 millones de niñas, niños y adolescentes menores de 17 años viven en condición de pobreza monetaria. De estos, una proporción del 48.6% son mujeres. De las cuales además cerca de 116 mil no asisten a la Escuela (DIGESTYC, 2019).

Tal como lo señala el Estudio, la situación de pobreza y precariedad y el no estar educadas pone en una mayor vulnerabilidad a las niñas y, por tanto, una mayor exposición que las hace aún más propensas a un embarazo no deseado.

Tabla 5. Condición de pobreza y asistencia escolar de niñas y adolescentes.

El Salvador: población de 4 a 17 años por asistencia escolar, según sexo y condición de pobreza			
Sexo y condición de pobreza	Total NNA	Asistencia escolar	
		Si	No
Total	1,557,902	1,316,940	240,962
Pobre	560,249	454,781	105,468
Pobre extremo	114,210	87,272	26,938
Pobre relative	446,039	367,509	78,530
No pobre	997,653	862,159	135,494
Mujeres	757,500	641,547	115,954
Pobre	279,236	228,149	51,087
Pobre extremo	58,358	43,016	15,343
Pobre relative	220,878	185,133	35,745
No pobre	478,264	413,398	64,866

Fuente: Elaboración propia con datos a la EHPM 2019



5. CONCLUSIONES

- El MINSAL en su memoria de labores destaca que dos de los principales desafíos que enfrenta el país en el tema de reducción de embarazos en adolescentes, en términos de salud y otras dimensiones es el de acreditar los establecimientos en servicios amigables para adolescentes. Además de la continuidad de la Estrategia de prevención de embarazos en adolescentes.
- Tal como se señala anteriormente, uno de los grandes retos que se identifican a nivel de la sociedad civil y de las mujeres organizadas es la confidencialidad y privacidad en que se brindan los SSR, por ello, es importante la certificación de los establecimientos y la implementación de servicios amigables en todos los territorios, priorizando aquellos donde se presentan mayores incidencias de casos de embarazos en niñas y adolescentes.
- Desde el enfoque de los derechos sexuales, existen serias deficiencias en cuanto al acceso e información sexual para los niños y adolescentes. A pesar de los esfuerzos en formación de docentes e incorporar la Educación Integral de la Sexualidad en los programas educativos, además de que más de 400,000 Niñas, niños y adolescentes se encuentran fuera del sistema educativo, es aún incipiente.
- Aunque el MINEDUCYT ha realizado la formación de docentes, en EIS, no hay evidencia sobre cómo se logra pasar de la teoría a la práctica y cómo los alumnos y alumnas reciben la información.
- Los programas de promoción de SSR son responsabilidad directa dentro de la provisión de servicios de salud del Estado, no obstante, en muchos casos, esta tarea es asumida por las organizaciones de mujeres ante las situaciones de desinformación, desabastecimiento y otras, pero estas deben ser complementarias a esfuerzos intersectoriales, siendo responsabilidad directa del Estado la provisión de servicios de calidad, disponibles y accesibles a todas las niñas y adolescentes que los soliciten.
- La información acerca de la sexualidad es provista por el círculo de confianza de las adolescentes y jóvenes y no necesariamente corresponde con información veraz y oportuna.
- Existe discriminación y no hay trato igualitario por parte del personal a cargo de la provisión de anticonceptivos y métodos de planificación. En este último punto, tanto a nivel nacional como departamental, es limitado el registro de adolescentes y jóvenes que usan anticonceptivos; como lo expresado por las participantes, los anticonceptivos no siempre están disponibles en cantidad y calidad para las jóvenes.
- Prevalece una naturalización de las uniones tempranas y el embarazo en niñas y adolescentes, a pesar de que sostener relaciones sexuales con menores se considera un delito. Esto se evidencia, ya que un alto % de



niñas y adolescentes embarazadas ya estaban en uniones con sus parejas antes de quedar embarazadas.

- Las causas asociadas dan cuenta que la pobreza y la exclusión social también constituye un factor para que las niñas y adolescentes resulten embarazadas.
- Los embarazos tempranos atentan no solo con la vida de las niñas y adolescentes, sino, con la continuidad de su plan de vida, incluyendo la culminación de sus estudios y obtener un empleo digno.
- Muchas niñas y adolescentes abandonan la educación como consecuencia del embarazo ya que en muchos casos son penalizadas y discriminadas en la escuela, en la comunidad y por sus familias. La sociedad misma ha impuesto patrones culturalmente machistas, que

confieren a las niñas y adolescentes a tareas de cuidado y a quedarse en el hogar.

- La violencia sexual constituye una de las causas principales del embarazo en niñas, adolescentes y jóvenes. Los índices de violencia sexual hacia niñas y adolescentes son alarmantes, lo que precisa intervenciones intersectoriales para trabajar en la prevención con los potenciales agresores y en atención a las víctimas con servicios esenciales con calidad y calidez.
- El personal de salud y a cargo de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva no conoce los instrumentos de política pública como la ENIPENA y esto comprueba que las políticas se quedan en el nivel supra y no lograr pernear hasta los territorios.

6. RECOMENDACIONES

- Garantizar la confidencialidad de la información sobre el cuidado de la salud de la persona, incluyendo prohibir el consentimiento de terceros, cónyuges y otras personas, para obtener servicios de salud sexual y reproductiva.
- Asegurar el derecho a la autonomía corporal y a tomar decisiones sobre salud sexual y reproductiva
- Promover que los programas de prevención del embarazo en adolescentes tomen en cuenta generar condiciones socioemocionales, incluyendo temas de autoestima y autovaloración, así como, habilidades para la vida y creación de espacios favorables para las niñas y adolescentes para prevenir situaciones como el suicidio.
- Incluir dentro de los Programas Educativos la formación en nuevas masculinidades de manera que se cree conciencia social para deconstruir estereotipos machistas y patriarcales hacia las niñas y mujeres.
- El Estado debe establecer programas para niñas y adolescentes embarazadas para que asistan a la escuela hasta completar su educación, ya que esto violenta el derecho a la igualdad y no discriminación para las mujeres.
- Incluir la decisión de futuro como parte de la dimensión de la educación sexual que debe ser considerada en programas y acciones orientadas a prevenir el embarazo no deseado entre las adolescentes
- Que brinden más información sobre los derechos sexuales y reproductivos, que mejoren la atención y en condiciones de igualdad y no discriminación.
- Se requiere contar con abastecimiento de medicamentos, principalmente para garantizar la continuidad del método de planificación familiar, ya que en algunos casos no se dispone ni del producto y por tanto no se brinda el servicio de salud reproductiva.
- Suministro de métodos anticonceptivos, para que cuando las personas lleguen a pedir haya el método que solicita la persona.
- Se requiere contar con mayor personal, que pueda desplazarse a interior de los Municipios, sobre todo para acercar los servicios de salud sexual y reproductiva para no excluir a las mujeres, niñas y adolescentes que viven en lugares más lejanos.
- Brindar trato igualitario, tanto a las mujeres adultas como para las mujeres jóvenes y adolescentes.
- Que los servicios y medicamentos sean de mejor calidad, como, por ejemplo, los anticonceptivos
- Brindar servicios con empatía a las adolescentes y jóvenes para evitar discriminarlas y excluirlas por el hecho de ser jóvenes que lo que buscan en recibir atención e información.
- Trato igualitario en condiciones de calidad y calidez de parte del personal médico y enfermeras a cargo de los servicios, incluyendo la confidencialidad para brindar los mismos.
- Brindar al personal médico y no médico capacitación sobre la legislación nacional y derechos sexuales y reproductivos, para sensibilizarlos acerca de que los DRS son derechos humanos y, que, por tanto, son universales y se deben impartir garantizando la igualdad, no discriminación y el buen trato.
- Para que los servicios sean amigables para adolescentes y jóvenes, primero se requiere contar con espacios adecuados tanto físicos como de participación abiertos, para que los y las adolescentes y jóvenes se informen y tomen decisiones acerca de los métodos anticonceptivos. Lo siguiente es que La Estrategia de servicios amigables tiene muy poca capacidad territorial y es desconocida en su totalidad por las mujeres adultas, adolescentes y jóvenes que participaron en el Estudio. Es decir, que la Estrategia de servicios amigables para jóvenes aún tiene muy poca



- capacidad territorial y es desconocida en su totalidad por las participantes del estudio.
- Además, que cuando una adolescente o joven busque los servicios estos le sean provistos de manera oportuna de acuerdo a sus necesidades y garantizando el enfoque de derechos humanos y dentro de estos los derechos sexuales y reproductivos (confidencialidad, privacidad, buen trato).
 - Desde las organizaciones de la sociedad civil y particularmente los espacios de mujeres organizadas se recomiendan reforzar y fortalecer los esfuerzos de contraloría, evaluación y auditoría a los establecimientos de salud y a los centros educativos, de manera que, se incida para mejorar la provisión de servicios de SSR hacia niñez y adolescencia.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Alianza por los Derechos Sexuales y Reproductivos. (2011). *Compromisos internacionales suscritos por El Salvador vinculados a los Derechos Sexuales y Reproductivos*. San Salvador.
2. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (1983). *Constitución Política de la República de El Salvador*. San Salvador.
3. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (1996). *Ley General de Educación*. San Salvador.
4. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2009). *Ley de protección integral de la niñez y adolescencia, LEPINA*. San Salvador: CONNA.
5. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2010). *LEIV*. San Salvador.
6. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2011). *LIE*.
7. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (2012). *Ley General de Juventud y Reglamento*. San Salvador.
8. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. (s.f.). *LEPINA*. San Salvador.
9. COMISCA. (2014). *Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo Adolescente en CA y República Dominicana*.
10. CONNA/SENAES. (2018). *Integridad sexual. Junta de Protección de Niñez y Adolescencia*.
11. CONNA/SINAES. (2018). *Estadísticas relacionadas con los derechos de las niñas, niños y adolescentes El Salvador*. San Salvador.
12. DIGESTYC. (2018). *Encuesta de Hogares de propósitos múltiples El Salvador*. San Salvador.
13. DIGESTYC. (2018). *Encuesta de hogares de propósitos múltiples, EHPM*. San Salvador.
14. DIGESTYC. (2019). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples*. San Salvador.
15. DIGESTYC. (2019). *Indicadores Sobre Hechos de Violencia Contra las Mujeres El Salvador 2*.
16. DIGESTYC/ Ministerio de Justicia y Seguridad Pública. (Junio 2019). *Informe Semestral de Hechos de violencia contra las mujeres en El Salvador de enero-junio 2019*. San Salvador.
17. Gabinete de Gestión Social e Inclusión. (2017). *Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes*. San Salvador.



18. Gabinete de Gestión Social e Inclusión. (2017). *Estrategia Nacional Intersectorial de prevención del embarazo en niñas y en adolescentes 2017-2027*. San Salvador.
19. ICEFI. (2018). *El Proyecto de presupuesto 2019 de El Salvador: la herencia de los problemas fiscales*. San Salvador.
20. ICEFI. (2018). *Notas de conyuntura. El proyecto de presupuesto 2019 de El Salvador: la herencia de los problemas fiscales*. San Salvador.
21. (2019). *Informe 2018 - ENIPENA*.
22. Instituto Nacional de la Salud, INS/MINSAL. (s.f.). *Tendencias del embarazo en adolescentes 2013-2017*.
23. IPPF. (1996). *Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos*. En: *Federación Internacional de Planificación de la Familia*. Filipinas.
24. ISDEMU. (2019). *Informe de avances 2016 – 2018 Metas e indicadores del Plan Nacional de Igualdad*.
25. ISNA. (2019). *La situación del embarazo en adolescentes en El Salvador*.
26. MINED. (2014). *Fundamentos de la Educación Integral de la Sexualidad en el currículo en El Salvador*. San Salvador.
27. Ministerio de Salud. (2012). *Plan Nacional de salud sexual y reproductiva*. San Salvador.
28. MINSAL. (2014). *Encuesta Nacional de Salud de Indicadores Múltiples por Conglomerados*.
29. MINSAL. (2016). *Lineamientos técnicos para la provisión de servicios anticonceptivos*. San Salvador.
30. MINSAL. (2016). *Plan Estratégico Intersectorial para la atención integral en salud de las personas adolescentes y jóvenes 2016-2019*.
31. MINSAL. (2018). *Lineamientos técnicos para la atención integral*. San Salvador.
32. MINSAL. (2018). *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de adolescentes y jóvenes en las RIIS*. San Salvador.
33. MINSAL. (2019). *Informe de Labores 2018-2019*.
34. MINSAL. (2019). *Memoria de Labores 2018-2019*. San Salvador.
35. MINSAL/INS. (2018). *El Informe sobre factores relacionados al uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo durante la adolescencia*.
36. MINSAL-UNFPA. (2017). *Mapa de embarazos en niñas y adolescentes*.
37. OIJ. (2008). *Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes*. Cartagena de Indias.
38. OIJ. (2016). *Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes*. Cartagenas de Indias.



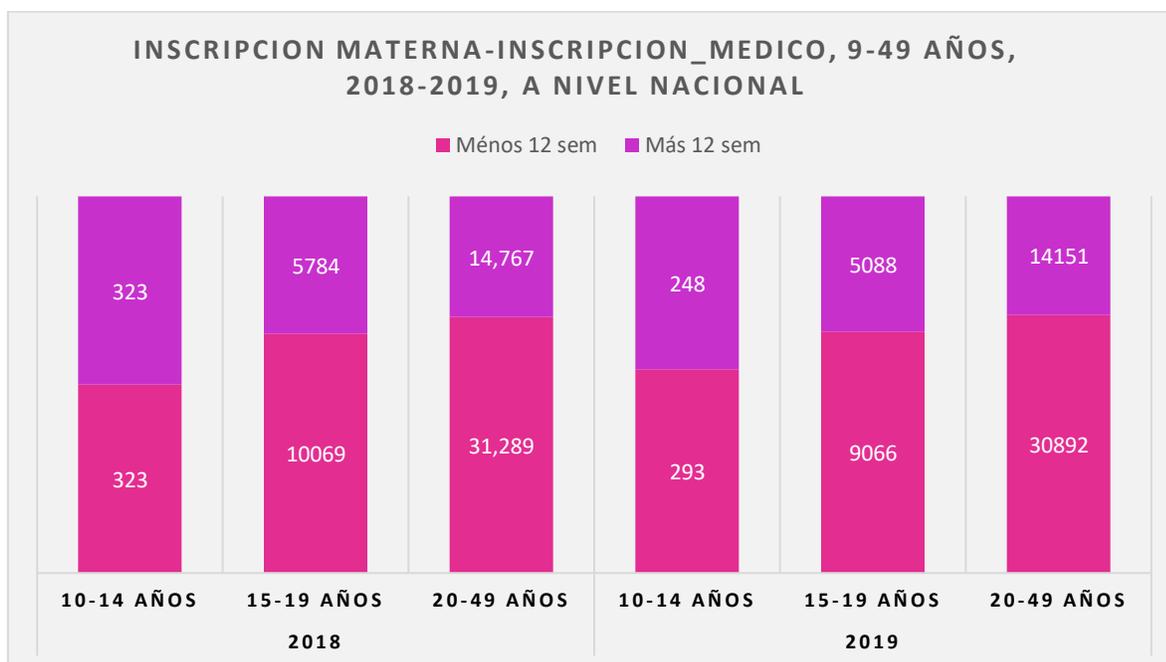
39. Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.*
40. Organización Mundial de la Salud. (31 de Enero de 2020). Embarazo en adolescentes.
41. PDDH. (2016). *Estado de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador.* San Salvador.
42. PDDH. (2016). *Informe especial sobre el estado de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador.*
43. UNFPA. (2013). *Estudio maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes .*
44. UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes.*
45. UNFPA. (2017). *Costo del embarazo en adolescentes El Salvador.* San Salvador.
46. UNFPA. (2017). *El costo económico de embarazo en niñas y adolescentes.*
47. UNFPA. (2017). *Estudio Costo Económico del Embarazo en niñas y adolescentes.* San Salvador.
48. UNFPA. (2017). *Mapa de embarazos en niñas y adolescentes El Salvador.* San Salvador.
49. UNFPA. (2019). *¿Sin opciones? muertes maternas por suicidio.*
50. UNFPA/INJUVE/CONNA/ISDEMU/INS/MINSAL. (2016). *Maternidad y unión en niñas y adolescentes: consecuencias en la vulneración de derechos. Informe Final.*

51. COMPENDIO ESTADÍSTICO

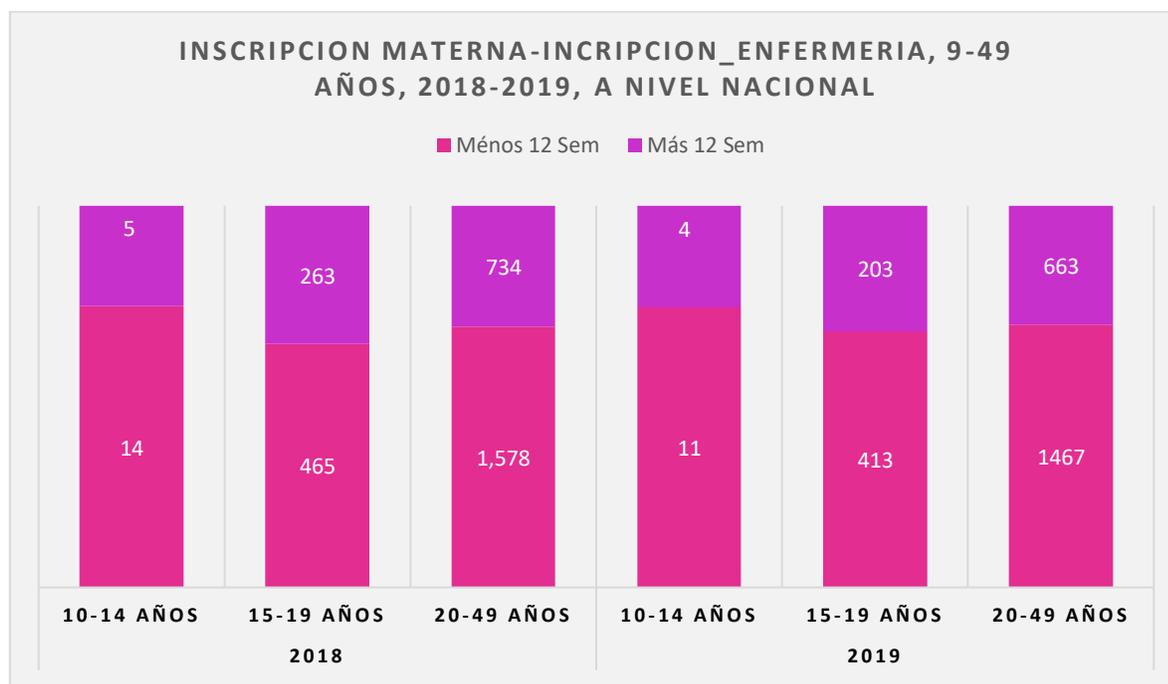
Con la finalidad de no sobrecargar el documento y a manera de anexos, se presentan a continuación alguna serie de resultados estadísticos, que dan cuenta de indicadores de diversas fuentes que dan cuenta sobre el Estado de los Derechos Sexuales y Reproductivos para las niñas y adolescentes, a nivel nacional, departamental y local.

a. Estadísticas sobre inscripción maternal y otras

Inscripción materna-Inscripción Médico, 9-49 años, 2018-2019, a nivel nacional							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	323	0.77	323	1.55	646	1.03
	15-19 años	10069	24.16	5784	27.71	15,853	25.34
	20-49 años	31,289	75.07	14,767	70.74	46,056	73.62
Total		41,681	100.00	20,874	100.00	62,555	100.00
2019	10-14 años	293	0.73	248	1.27	541	0.91
	15-19 años	9066	22.52	5088	26.11	14,154	23.69
	20-49 años	30892	76.75	14151	72.62	45,043	75.40
Total		40,251	100.00	19,487	100.00	59,738	100.00

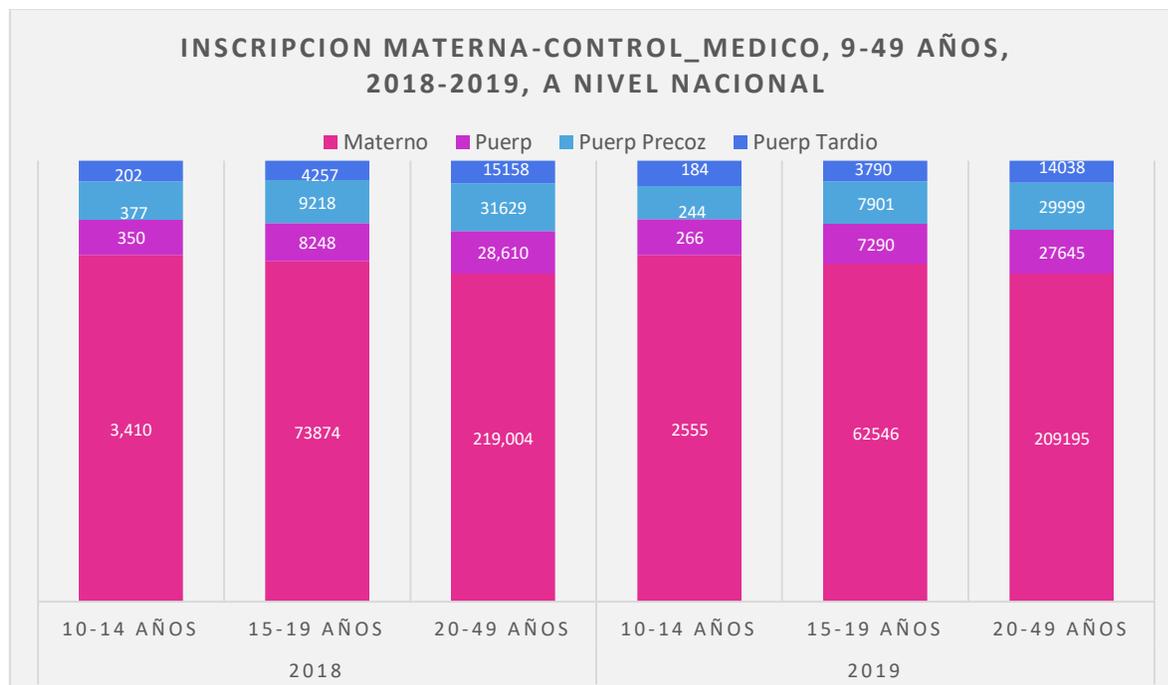


Inscripción materna-Inscripción Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, a nivel nacional							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	14	0.68	5	0.50	19	0.62
	15-19 años	465	22.61	263	26.25	728	23.80
	20-49 años	1,578	76.71	734	73.25	2312	75.58
Total		2,057	100.00	1,002	100.00	3059	100.00
2019	10-14 años	11	0.58	4	0.46	15	0.54
	15-19 años	413	21.84	203	23.33	616	22.31
	20-49 años	1467	77.58	663	76.21	2130	77.15
Total		1,891	100.00	870	100.00	2761	100.00



Inscripción materna-Control Médico, 9-49 años, 2018-2019, a nivel nacional											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	3410	1.15	350	0.94	377	0.91	202	1.03	4339	1.10
	15-19 años	73874	24.93	8248	22.17	9218	22.36	4257	21.70	95597	24.24
	20-49 años	219,004	73.92	28610	76.89	31629	76.72	15158	77.27	294401	74.66

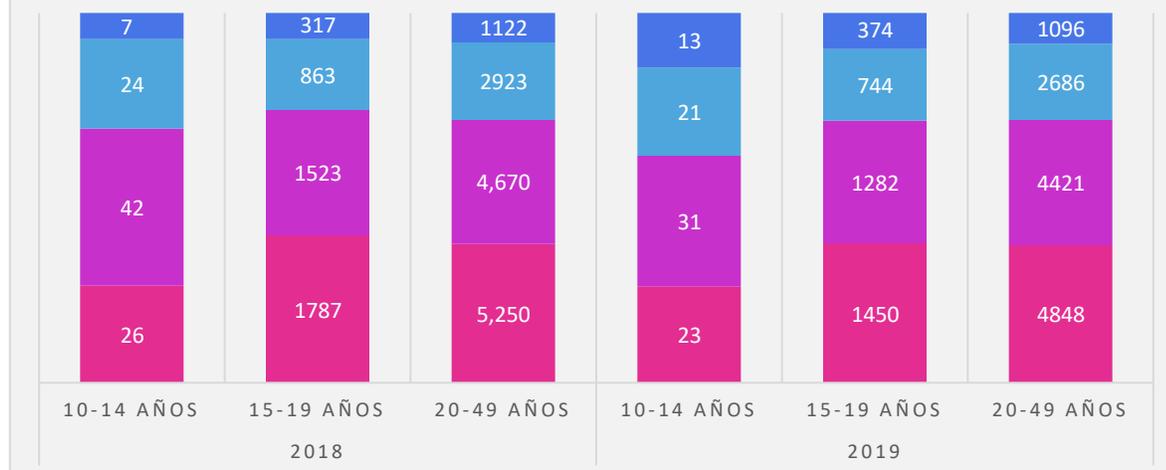
Total	296,288	100.00	37,208	100.00	41,224	100.00	19,617	100.00	394,337	100.00	
2019	10-14 años	2555	0.93	266	0.76	244	0.64	184	1.02	3249	0.89
	15-19 años	62546	22.80	7290	20.71	7901	20.71	3790	21.04	81527	22.30
	20-49 años	209195	76.27	27645	78.53	29999	78.65	14038	77.94	280877	76.82
Total	274,296	100.00	35,201	100.00	38,144	100.00	18,012	100.00	365,653	100.00	



Inscripción materna-Control Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, a nivel nacional											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardio	%	Total	%
2018	10-14 años	26	0.37	42	0.67	24	0.63	7	0.48	99	0.53
	15-19 años	1,787	25.30	1,523	24.43	863	22.65	317	21.92	4,490	24.20
	20-49 años	5,250	74.33	4,670	74.90	2,923	76.72	1,122	77.59	13,965	75.27
Total		7,063	100.00	6,235	100.00	3,810	100.00	1,446	100.00	18,554	100.00
2019	10-14 años	23	0.36	31	0.54	21	0.61	13	0.88	88	0.52
	15-19 años	1,450	22.94	1,282	22.36	744	21.56	374	25.22	3,850	22.66
	20-49 años	4,848	76.70	4,421	77.10	2,686	77.83	1,096	73.90	13,051	76.82
Total		6,321	100.00	5,734	100.00	3,451	100.00	1,483	100.00	16,989	100.00

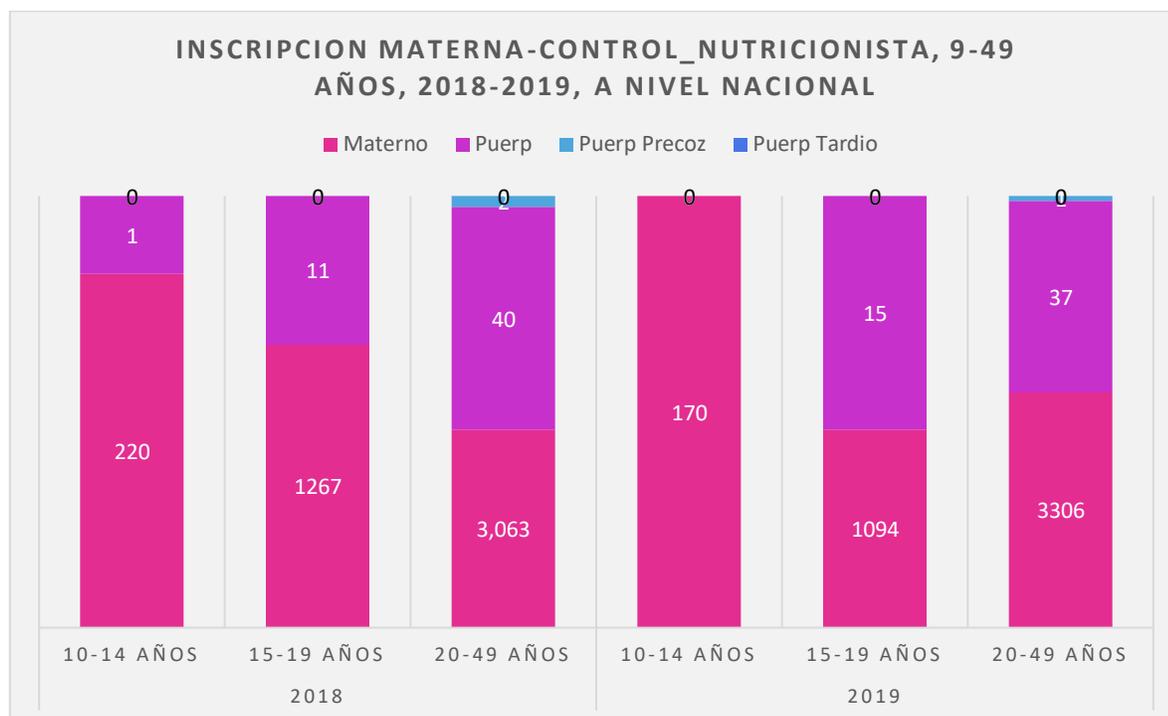
INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_ENFERMERIA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, A NIVEL NACIONAL

■ Materno ■ Puerp ■ Puerp Precoz ■ Puerp Tardío



Inscripción materna-Control Nutricionista, 9-49 años, 2018-2019, a nivel nacional

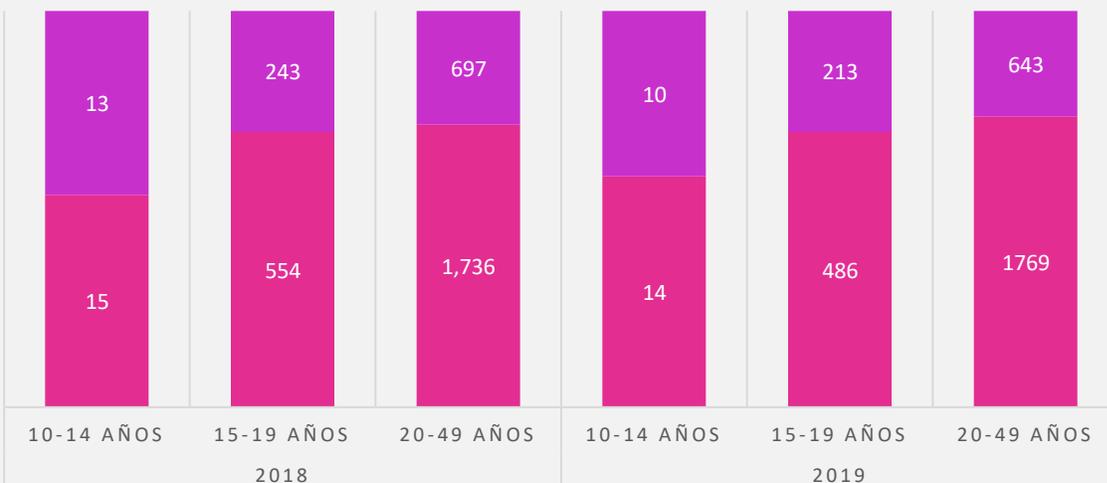
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	220	4.84	1	1.92	0	0.00	0	0.00	221	4.80
	15-19 años	1267	27.85	11	21.15	0	0.00	0	0.00	1278	27.76
	20-49 años	3,063	67.32	40	76.92	2	100.00	0	0.00	3105	67.44
Total		4,550	100.00	52	100.00	2	100.00	0	0.00	4,604	100.00
2019	10-14 años	170	3.72	0	0.00	0	0.00	0	0.00	170	3.68
	15-19 años	1094	23.94	15	28.85	0	0.00	0	0.00	1109	23.99
	20-49 años	3306	72.34	37	71.15	1	100.00	0	0.00	3344	72.33
Total		4,570	100.00	52	100.00	1	100.00	0	0.00	4,623	100.00



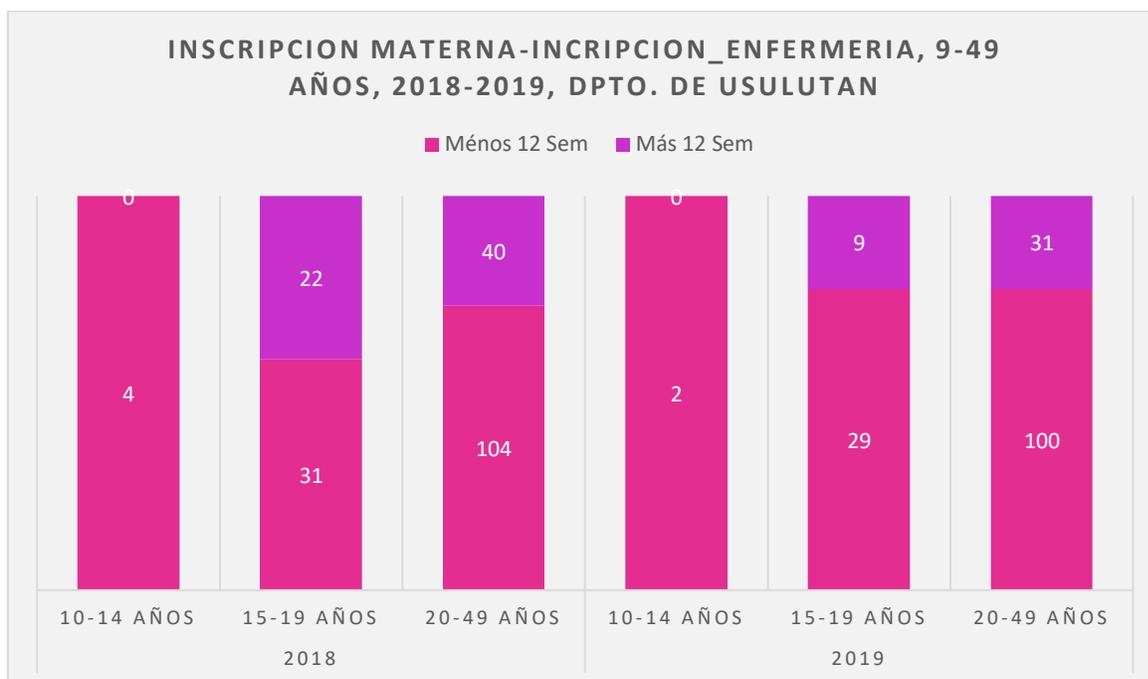
Inscripción materna-Inscripción Médico, 9-49 años, 2018-2019, Dpto. de Usulután							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	15	0.65	13	1.36	28	0.86
	15-19 años	554	24.03	243	25.50	797	24.46
	20-49 años	1,736	75.31	697	73.14	2,433	74.68
	Total	2,305	100.00	953	100.00	3,258	100.00
2019	10-14 años	14	0.62	10	1.15	24	0.77
	15-19 años	486	21.42	213	24.60	699	22.30
	20-49 años	1769	77.96	643	74.25	2412	76.94
	Total	2,269	100.00	866	100.00	3,135	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-INSCRIPCIÓN_MEDICO, 9-49 AÑOS, 2018-2019, DPTO. DE USULUTAN

■ Menos 12 sem ■ Más 12 sem



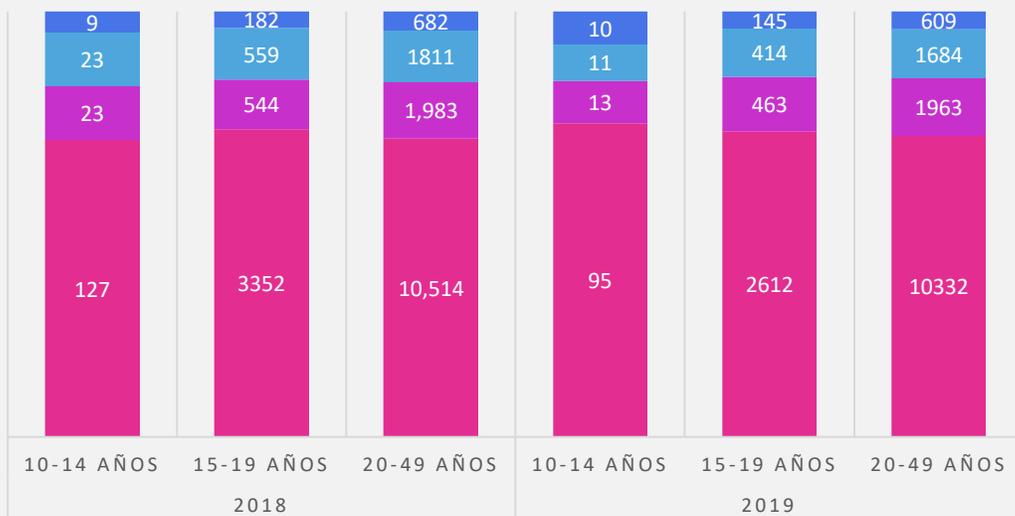
Inscripción materna-Inscripción Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Dpto. de Usulután							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	4	2.88	0	0.00	4	1.99
	15-19 años	31	22.30	22	35.48	53	26.37
	20-49 años	104	74.82	40	64.52	144	71.64
Total		139	100.00	62	100.00	201	100.00
2019	10-14 años	2	1.53	0	0.00	2	1.17
	15-19 años	29	22.14	9	22.50	38	22.22
	20-49 años	100	76.34	31	77.50	131	76.61
Total		131	100.00	40	100.00	171	100.00



Inscripción materna-Control Médico, 9-49 años, 2018-2019, Dpto. de Usulután											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	127	0.91	23	0.90	23	0.96	9	1.03	182	0.92
	15-19 años	3352	23.95	544	21.33	559	23.36	182	20.85	4637	23.41
	20-49 años	10,514	75.14	1983	77.76	1811	75.68	682	78.12	14990	75.67
Total		13,993	100.00	2,550	100.00	2,393	100.00	873	100.00	19809	100.00
2019	10-14 años	95	0.73	13	0.53	11	0.52	10	1.31	129	0.70
	15-19 años	2612	20.03	463	18.98	414	19.63	145	18.98	3634	19.80
	20-49 años	10332	79.24	1963	80.48	1684	79.85	609	79.71	14588	79.49
Total		13,039	100.00	2,439	100.00	2,109	100.00	764	100.00	18351	100.00

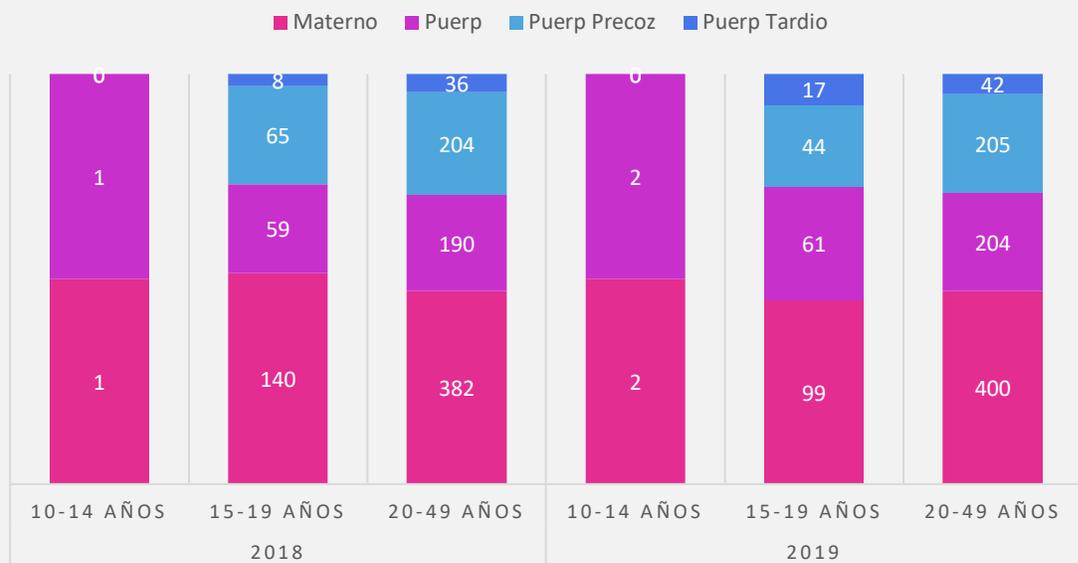
INSCRIPCION MATERNA-CONTROL_MEDICO, 9-49 AÑOS, 2018-2019, DPTO. DE USULUTAN

■ Materno ■ Puerp ■ Puerp Precoz ■ Puerp Tardio

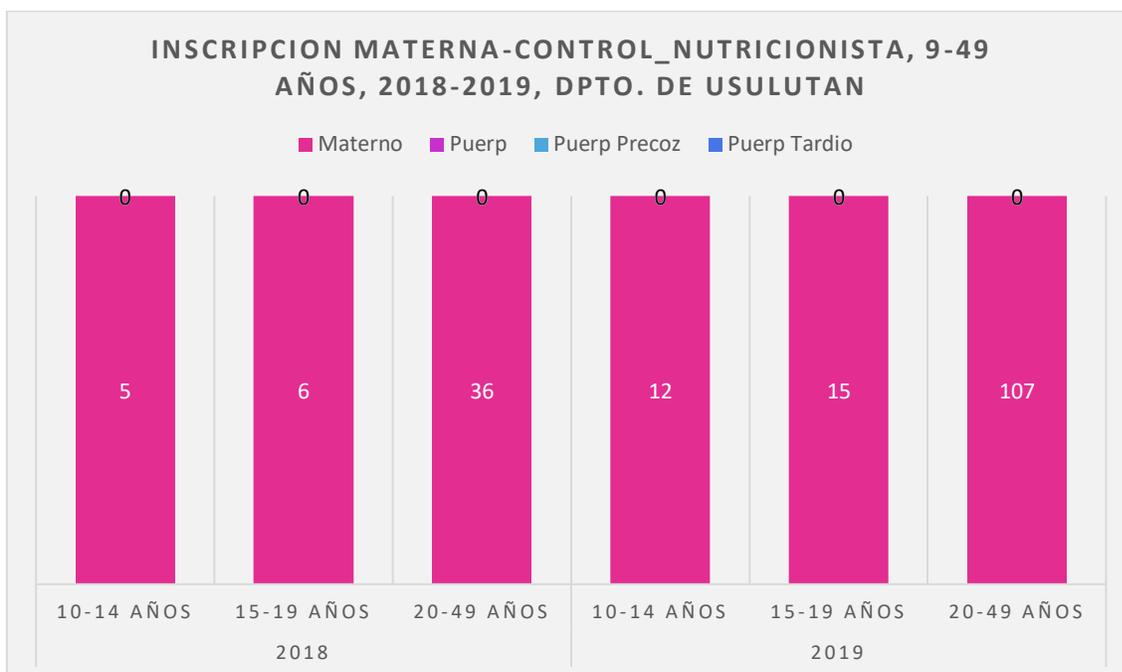


Inscripción materna-Control Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Dpto. de Usulután											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardio	%	Total	%
2018	10-14 años	1	0.19	1	0.40	0	0.00	0	0.00	2	0.18
	15-19 años	140	26.77	59	23.60	65	24.16	8	18.18	272	25.05
	20-49 años	382	73.04	190	76.00	204	75.84	36	81.82	812	74.77
Total		523	100.00	250	100.00	269	100.00	44	100.00	1,086	100.00
2019	10-14 años	2	0.40	2	0.75	0	0.00	0	0.00	4	0.37
	15-19 años	99	19.76	61	22.85	44	17.67	17	28.81	221	20.54
	20-49 años	400	79.84	204	76.40	205	82.33	42	71.19	851	79.09
Total		501	100.00	267	100.00	249	100.00	59	100.00	1,076	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_ENFERMERIA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, DPTO. DE USULUTAN



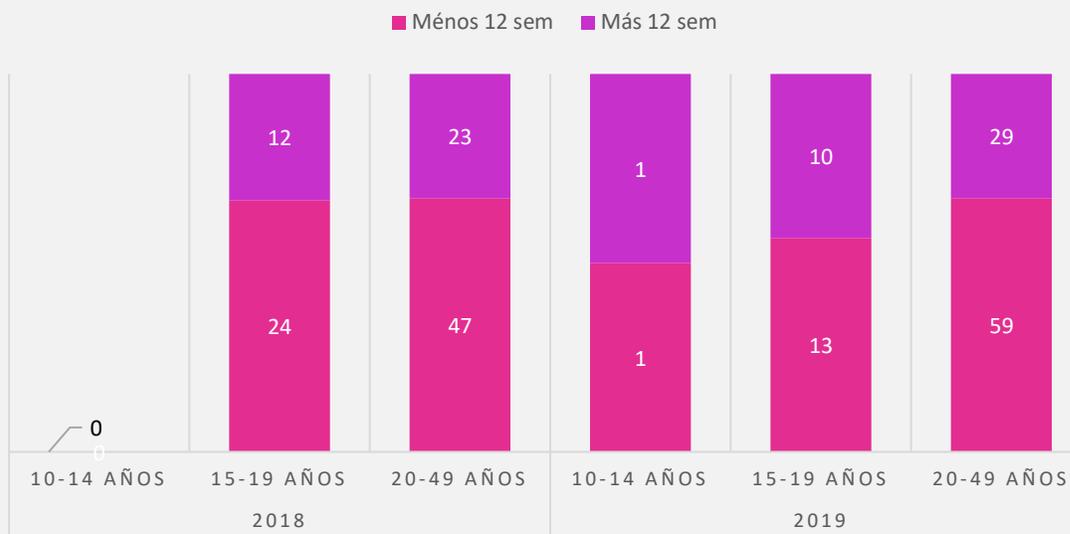
Inscripción materna-Control Nutricionista, 9-49 años, 2018-2019, Dpto. de Usulután											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	5	10.64	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	10.64
	15-19 años	6	12.77	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	12.77
	20-49 años	36	76.60	0	0.00	0	0.00	0	0.00	36	76.60
Total		47	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	47	100.00
2019	10-14 años	12	8.96	0	0.00	0	0.00	0	0.00	12	8.96
	15-19 años	15	11.19	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	11.19
	20-49 años	107	79.85	0	0.00	0	0.00	0	0.00	107	79.85
Total		134	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	134	100.00



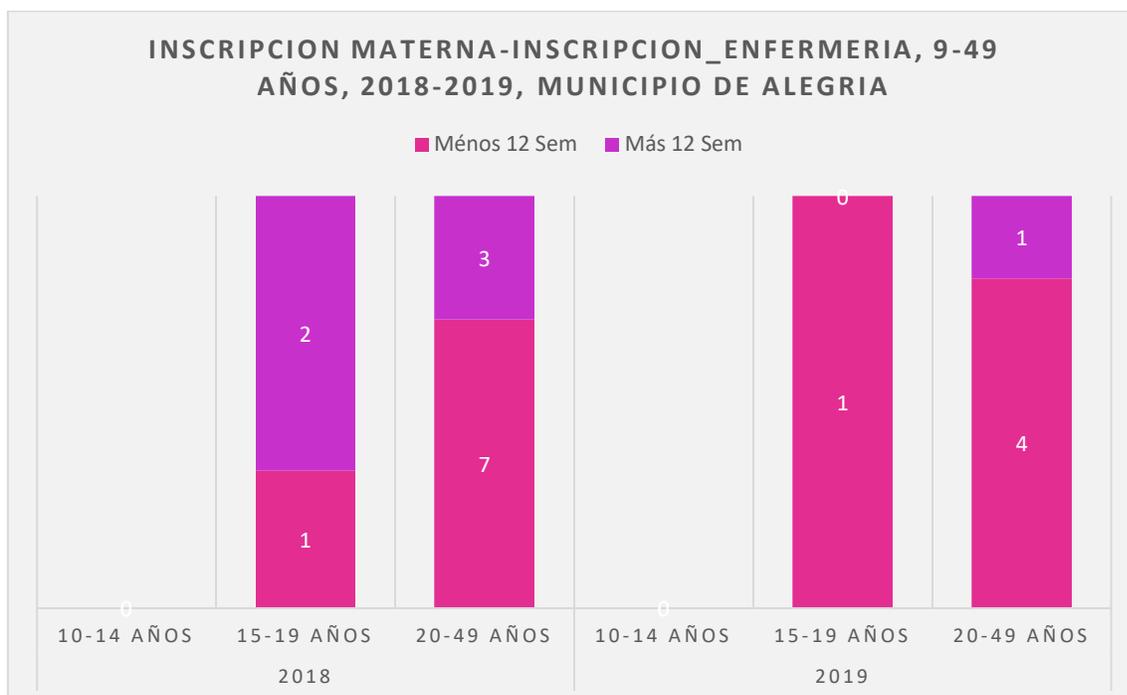
Inscripción materna-Inscripción Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Alegría

Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	24	33.80	12	34.29	36	33.96
	20-49 años	47	66.20	23	65.71	70	66.04
Total		71	100.00	35	100.00	106	100.00
2019	10-14 años	1	1.37	1	2.50	2	1.77
	15-19 años	13	17.81	10	25.00	23	20.35
	20-49 años	59	80.82	29	72.50	88	77.88
Total		73	100.00	40	100.00	113	100.00

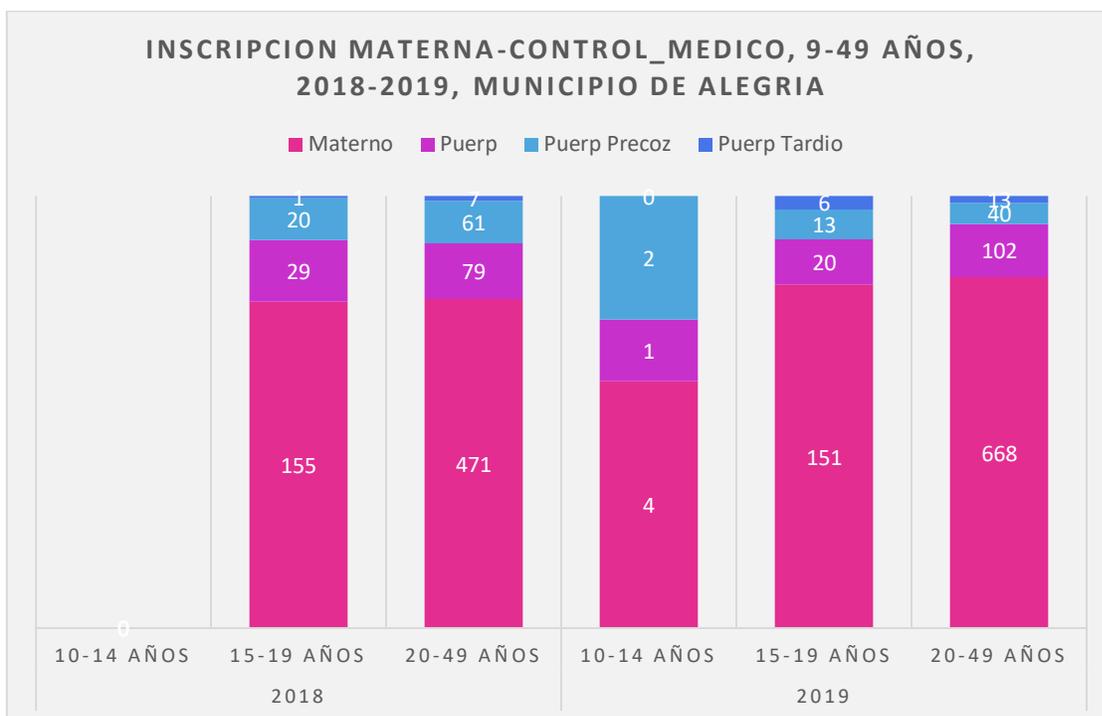
INSCRIPCION MATERNA-INSCRIPCION_MEDICO, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE ALEGRÍA



Inscripción materna-Inscripción Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Alegría							
Año	Rango de edad	Menos	%	Más	%	Total	%
		12 Sem		12 Sem			
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	1	12.50	2	40.00	3	23.08
	20-49 años	7	87.50	3	60.00	10	76.92
	Total	8	100.00	5	100.00	13	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	1	20.00	0	0.00	1	16.67
	20-49 años	4	80.00	1	100.00	5	83.33
	Total	5	100.00	1	100.00	6	100.00

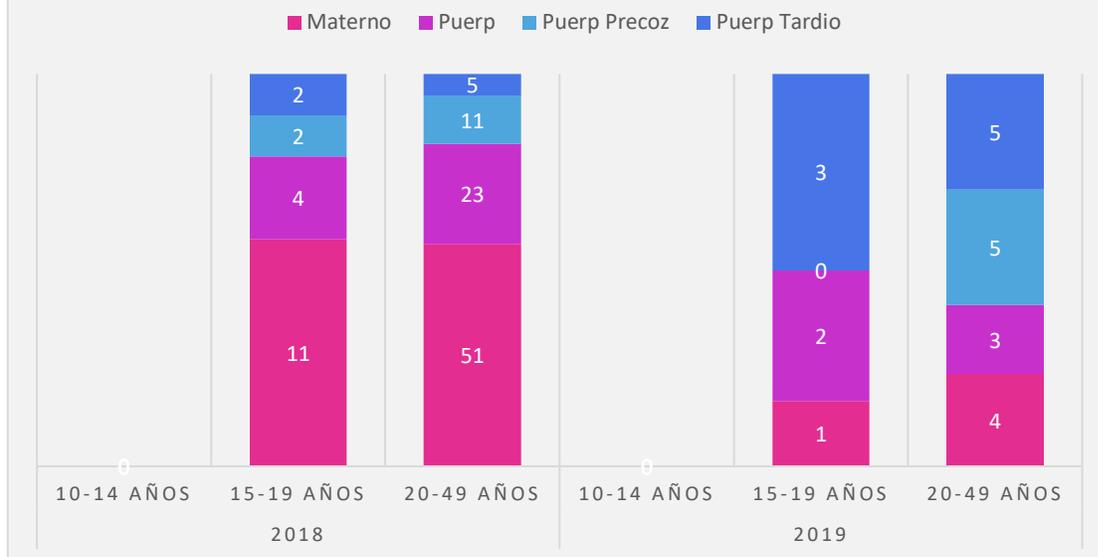


Inscripción materna-Control Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Alegría											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	155	24.76	29	26.85	20	24.69	1	12.50	205	24.91
	20-49 años	471	75.24	79	73.15	61	75.31	7	87.50	618	75.09
Total		626	100.00	108	100.00	81	100.00	8	100.00	823	100.00
2019	10-14 años	4	0.49	1	0.81	2	3.64	0	0.00	7	0.69
	15-19 años	151	18.35	20	16.26	13	23.64	6	31.58	190	18.63
	20-49 años	668	81.17	102	82.93	40	72.73	13	68.42	823	80.69
Total		823	100.00	123	100.00	55	100.00	19	100.00	1020	100.00



Inscripción materna-Control Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Alegría											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	11	17.74	4	14.81	2	15.38	2	28.57	19	17.43
	20-49 años	51	82.26	23	85.19	11	84.62	5	71.43	90	82.57
Total		62	100.00	27	100.00	13	100.00	7	100.00	109	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	1	20.00	2	40.00	0	0.00	3	37.50	6	26.09
	20-49 años	4	80.00	3	60.00	5	100.00	5	62.50	17	73.91
Total		5	100.00	5	100.00	5	100.00	8	100.00	23	100.00

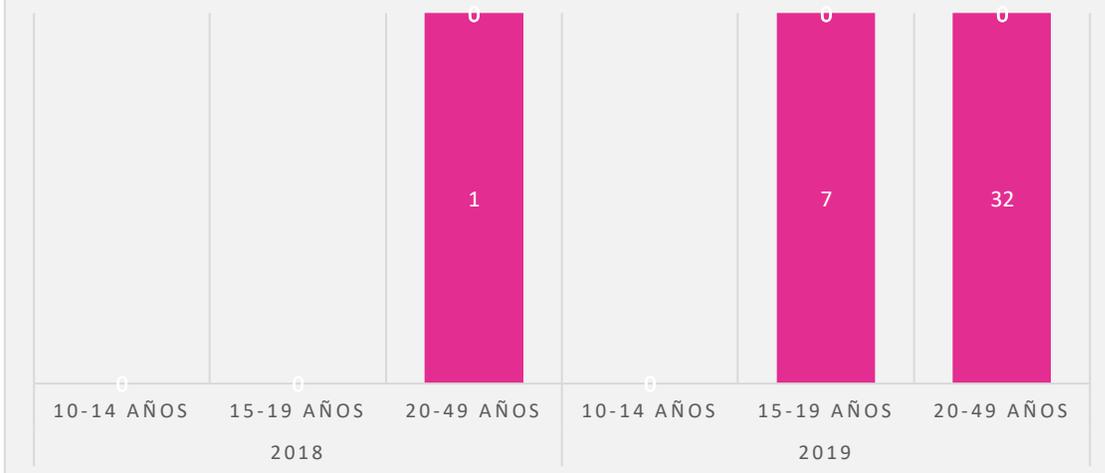
INSCRIPCION MATERNA-CONTROL_ENFERMERIA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE ALEGRÍA



Inscripción materna-Control Nutricionista, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Alegría											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	20-49 años	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Total		1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	7	17.95	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	17.95
	20-49 años	32	82.05	0	0.00	0	0.00	0	0.00	32	82.05
Total		39	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	39	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_NUTRICIONISTA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE ALEGRIA

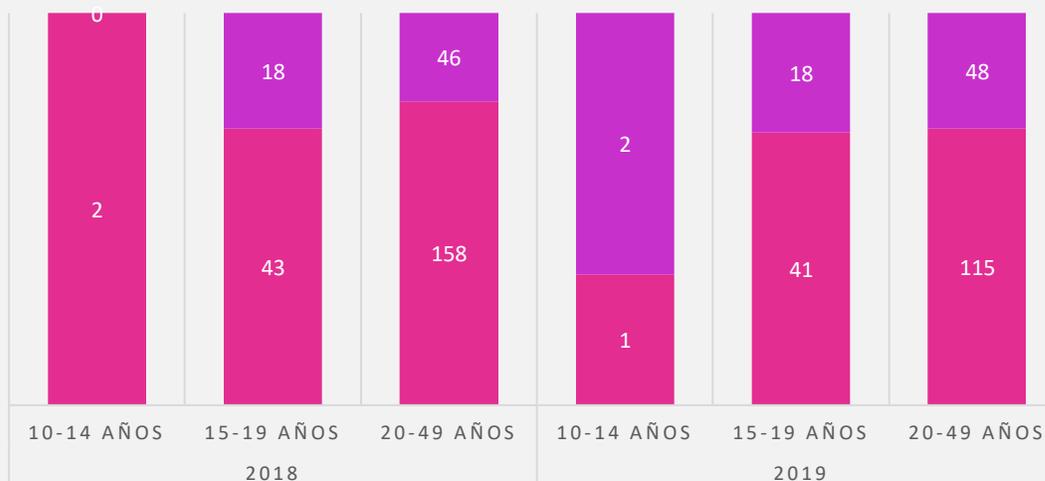
■ Materno ■ Puerp ■ Puerp Precoz ■ Puerp Tardío



Inscripción materna-Inscripción Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Berlín							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	2	0.99	0	0.00	2	0.75
	15-19 años	43	21.18	18	28.13	61	22.85
	20-49 años	158	77.83	46	71.88	204	76.40
Total		203	100.00	64	100.00	267	100.00
2019	10-14 años	1	0.64	2	2.94	3	1.33
	15-19 años	41	26.11	18	26.47	59	26.22
	20-49 años	115	73.25	48	70.59	163	72.44
Total		157	100.00	68	100.00	225	100.00

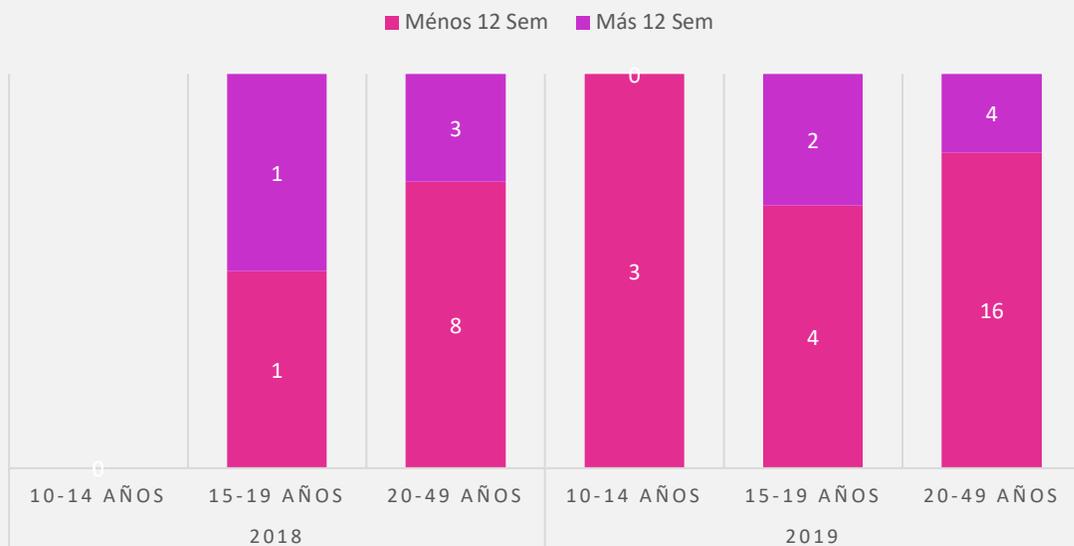
INSCRIPCIÓN MATERNA-INSCRIPCIÓN_MEDICO, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE BERLÍN

■ Menos 12 sem ■ Más 12 sem



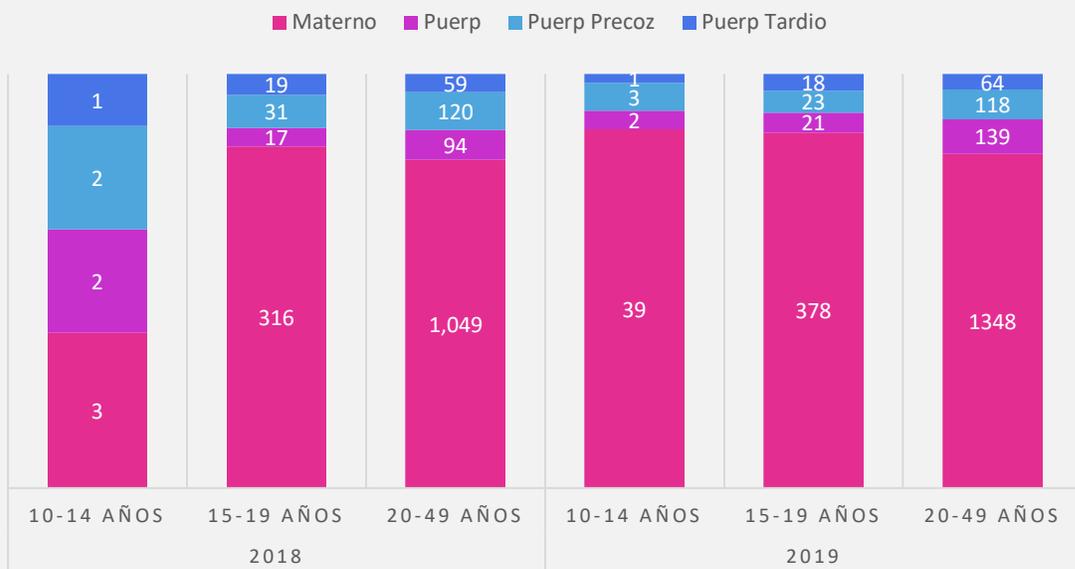
Inscripción materna-Inscripción Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Berlín							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	1	11.11	1	25.00	2	15.38
	20-49 años	8	88.89	3	75.00	11	84.62
	Total	9	100.00	4	100.00	13	100.00
2019	10-14 años	3	13.04	0	0.00	3	10.34
	15-19 años	4	17.39	2	33.33	6	20.69
	20-49 años	16	69.57	4	66.67	20	68.97
	Total	23	100.00	6	100.00	29	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-INSCRIPCIÓN ENFERMERÍA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE BERLÍN



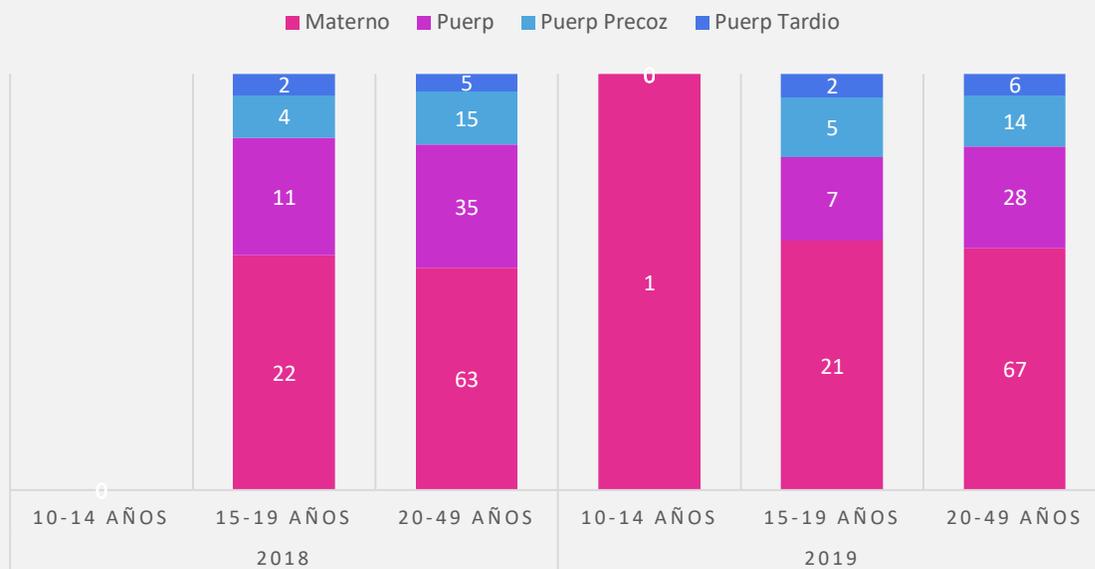
Inscripción materna-Control Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Berlín											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	3	0.22	2	1.77	2	1.31	1	1.27	8	0.47
	15-19 años	316	23.10	17	15.04	31	20.26	19	24.05	383	22.36
	20-49 años	1,049	76.68	94	83.19	120	78.43	59	74.68	1322	77.17
Total		1,368	100.00	113	100.00	153	100.00	79	100.00	1713	100.00
2019	10-14 años	39	2.21	2	1.23	3	2.08	1	1.20	45	2.09
	15-19 años	378	21.42	21	12.96	23	15.97	18	21.69	440	20.43
	20-49 años	1348	76.37	139	85.80	118	81.94	64	77.11	1669	77.48
Total		1,765	100.00	162	100.00	144	100.00	83	100.00	2154	100.00

INSCRIPCION MATERNA-CONTROL_MEDICO, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE BERLIN



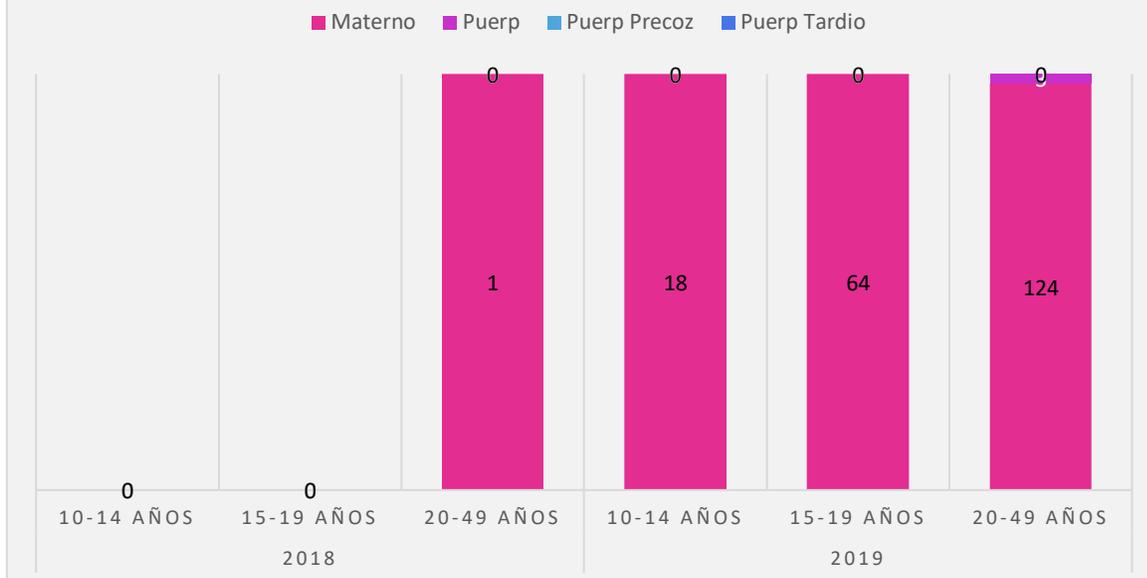
Inscripción materna-Control Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Berlín											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardio	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	22	25.88	11	23.91	4	21.05	2	28.57	39	24.84
	20-49 años	63	74.12	35	76.09	15	78.95	5	71.43	118	75.16
Total		85	100.00	46	100.00	19	100.00	7	100.00	157	100.00
2019	10-14 años	1	1.12	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.66
	15-19 años	21	23.60	7	20.00	5	26.32	2	25.00	35	23.18
	20-49 años	67	75.28	28	80.00	14	73.68	6	75.00	115	76.16
Total		89	100.00	35	100.00	19	100.00	8	100.00	151	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_ENFERMERIA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE BERLÍN



Inscripción materna-Control Nutricionista, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Berlín											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	20-49 años	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
Total		1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
2019	10-14 años	18	8.74	0	0.00	0	0.00	0	0.00	18	8.74
	15-19 años	64	31.07	0	0.00	0	0.00	0	0.00	64	31.07
	20-49 años	124	60.19	0	0.00	0	0.00	0	0.00	124	60.19
Total		206	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	206	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_NUTRICIONISTA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE BERLIN

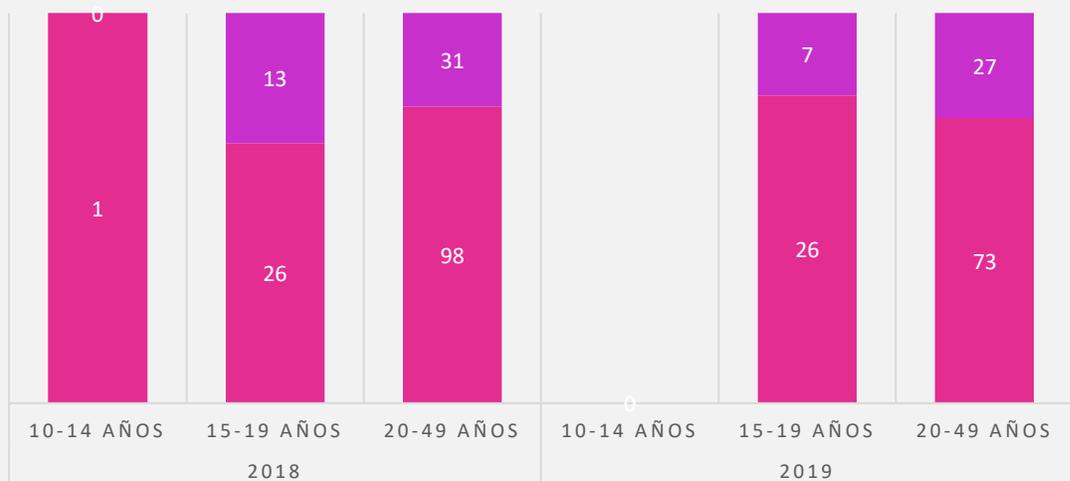


Inscripción materna-Inscripción Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Mercedes Umaña

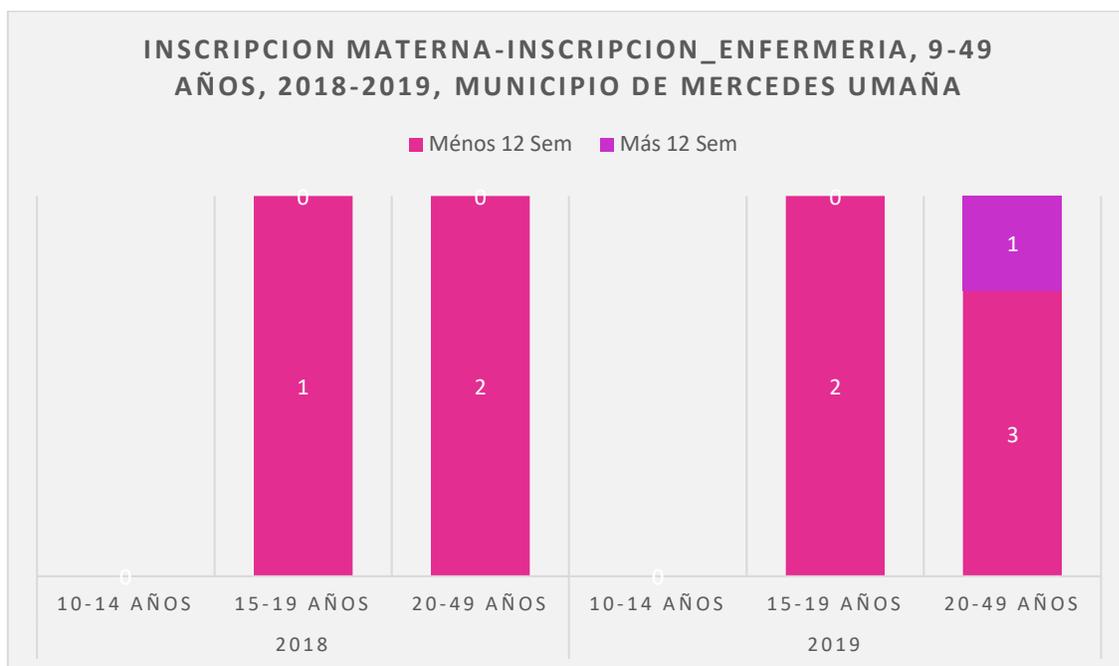
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	1	0.80	0	0.00	1	0.59
	15-19 años	26	20.80	13	29.55	39	23.08
	20-49 años	98	78.40	31	70.45	129	76.33
Total		125	100.00	44	100.00	169	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	26	26.26	7	20.59	33	24.81
	20-49 años	73	73.74	27	79.41	100	75.19
Total		99	100.00	34	100.00	133	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-INSCRIPCIÓN_MEDICO, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE MERCEDES UMAÑA

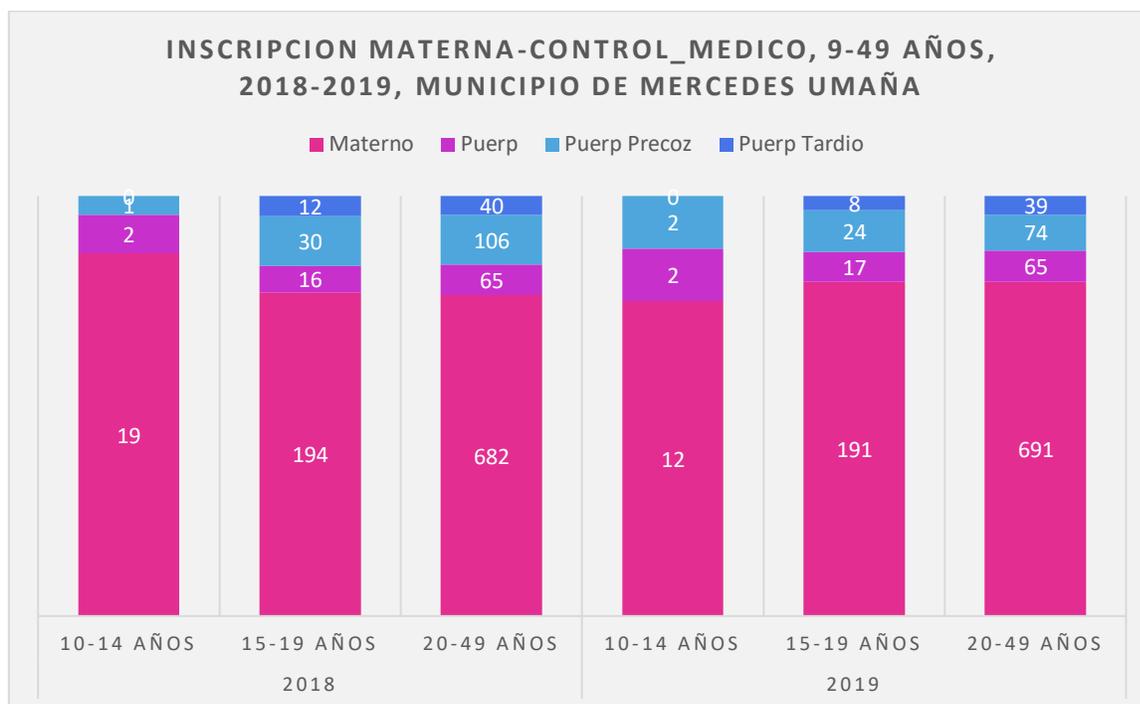
■ Menos 12 sem ■ Más 12 sem



Inscripción materna-Inscripción Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Mercedes Umaña							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	1	33.33	0	0.00	1	33.33
	20-49 años	2	66.67	0	0.00	2	66.67
Total		3	100.00	0	0.00	3	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	2	40.00	0	0.00	2	33.33
	20-49 años	3	60.00	1	100.00	4	66.67
Total		5	100.00	1	100.00	6	100.00



Inscripción materna-Control Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Mercedes Umaña											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	19	2.12	2	2.41	1	0.73	0	0.73	22	1.89
	15-19 años	194	21.68	16	19.28	30	21.90	12	21.90	252	21.59
	20-49 años	682	76.20	65	78.31	106	77.37	40	77.37	893	76.52
Total		895	100.00	83	100.00	137	100.00	52	100.00	1167	100.00
2019	10-14 años	12	1.34	2	2.38	2	2.00	0	2.00	16	1.36
	15-19 años	191	21.36	17	20.24	24	24.00	8	24.00	240	20.37
	20-49 años	691	77.29	65	77.38	74	74.00	39	74.00	869	73.77
Total		894	100.00	84	100.00	100	100.00	100	100.00	1178	95.50

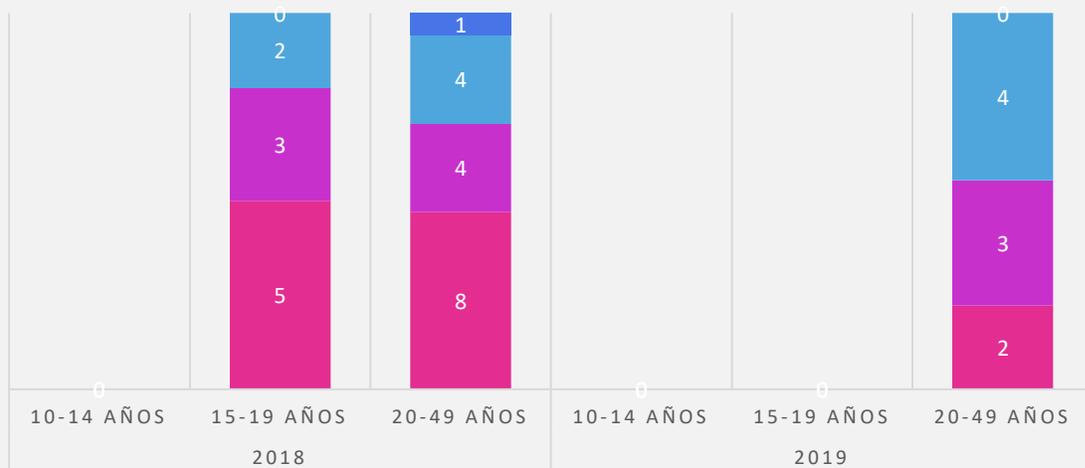


Inscripción materna-Control Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Mercedes Umaña

Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardio	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	5	38.46	3	42.86	2	33.33	0	0.00	10	37.04
	20-49 años	8	61.54	4	57.14	4	66.67	1	100.00	17	62.96
Total		13	100.00	7	100.00	6	100.00	1	100.00	27	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	20-49 años	2	100.00	3	100.00	4	100.00	0	0.00	9	100.00
Total		2	100.00	3	100.00	4	100.00	0	0.00	9	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_ENFERMERIA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE MERCEDES UMAÑA

■ Materno ■ Puerp ■ Puerp Precoz ■ Puerp Tardío

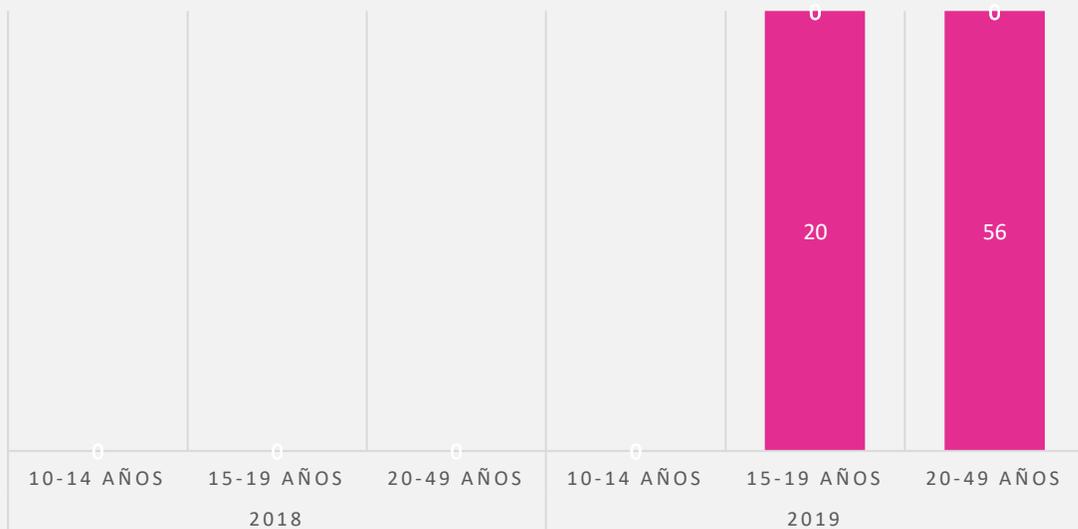


Inscripción materna-Control Nutricionista, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Mercedes Umaña

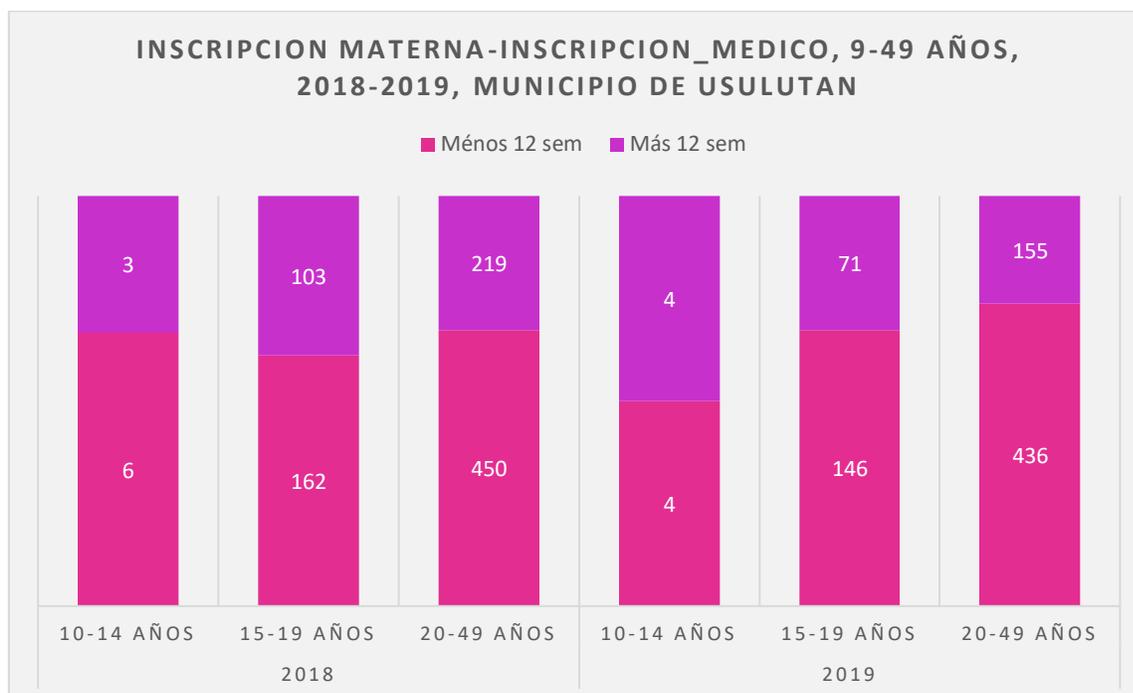
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	20-49 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Total	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	20	26.32	0	0.00	0	0.00	0	0.00	20	26.32
	20-49 años	56	73.68	0	0.00	0	0.00	0	0.00	56	73.68
	Total	76	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	76	100.00

INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_NUTRICIONISTA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE MERCEDES UMAÑA

Materno Puerp Puerp Precoz Puerp Tardío



Inscripción materna-Inscripción Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Usulután							
Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	6	0.97	3	0.92	9	0.95
	15-19 años	162	26.21	103	31.69	265	28.10
	20-49 años	450	72.82	219	67.38	669	70.94
Total		618	100.00	325	100.00	943	100.00
2019	10-14 años	4	0.68	4	1.74	8	0.98
	15-19 años	146	24.91	71	30.87	217	26.59
	20-49 años	436	74.40	155	67.39	591	72.43
Total		586	100.00	230	100.00	816	100.00



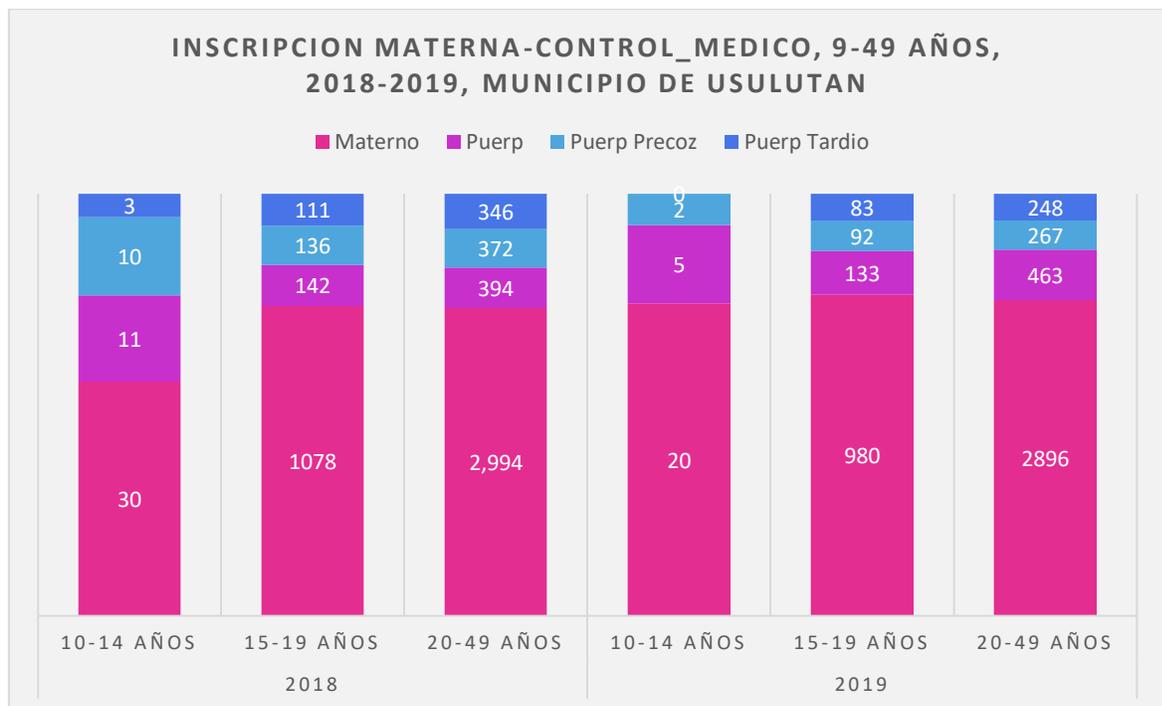
Inscripción materna-Inscripción Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Usulután

Año	Rango de edad	Menos 12 Sem	%	Más 12 Sem	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	20-49 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		0	0.00	0	0.00	0	0.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	20-49 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total		0	0.00	0	0.00	0	0.00

Inscripción materna-Control Médico, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Usulután

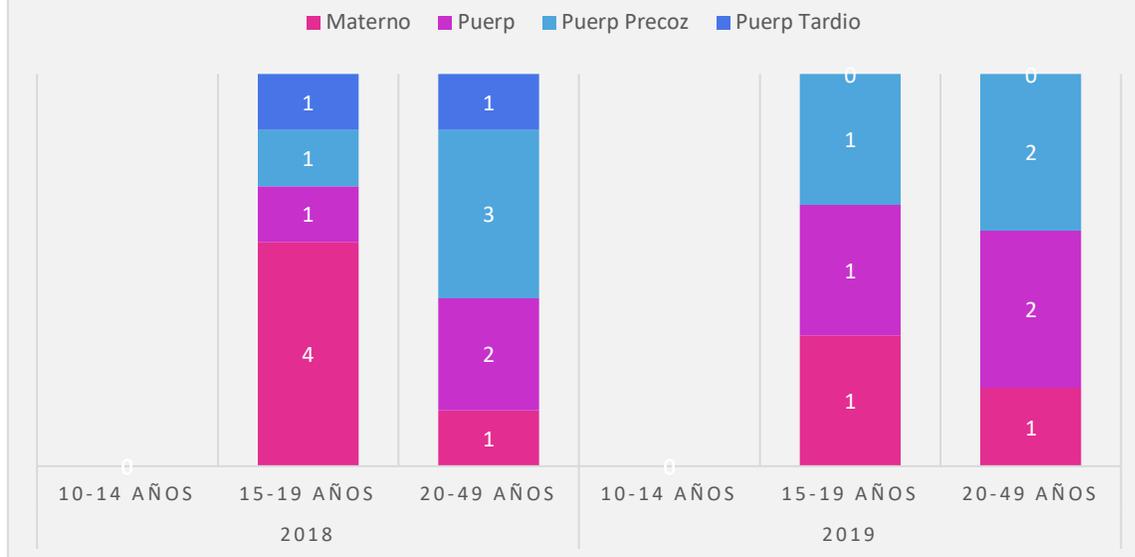
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	30	0.73	11	2.01	10	1.93	3	0.65	54	0.96
	15-19 años	1078	26.28	142	25.96	136	26.25	111	24.13	1467	26.07
	20-49 años	2,994	72.99	394	72.03	372	71.81	346	75.22	4106	72.97
Total		4,102	100.00	547	100.00	518	100.00	460	100.00	5627	100.00
2019	10-14 años	20	0.51	5	0.83	2	0.55	0	0.00	27	0.52
	15-19 años	980	25.15	133	22.13	92	25.48	83	25.08	1288	24.82
	20-49 años	2896	74.33	463	77.04	267	73.96	248	74.92	3874	74.66

Total	3,896	100.00	601	100.00	361	100.00	331	100.00	5189	100.00
-------	-------	--------	-----	--------	-----	--------	-----	--------	------	--------



Inscripción materna-Control Enfermería, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Usulután											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardio	%	Total	%
2018	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	4	80.00	1	33.33	1	25.00	1	50.00	7	50.00
	20-49 años	1	20.00	2	66.67	3	75.00	1	50.00	7	50.00
Total		5	100.00	3	100.00	4	100.00	2	100.00	14	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	1	50.00	1	33.33	1	33.33	0	0.00	3	37.50
	20-49 años	1	50.00	2	66.67	2	66.67	0	0.00	5	62.50
Total		2	100.00	3	100.00	3	100.00	0	0.00	8	100.00

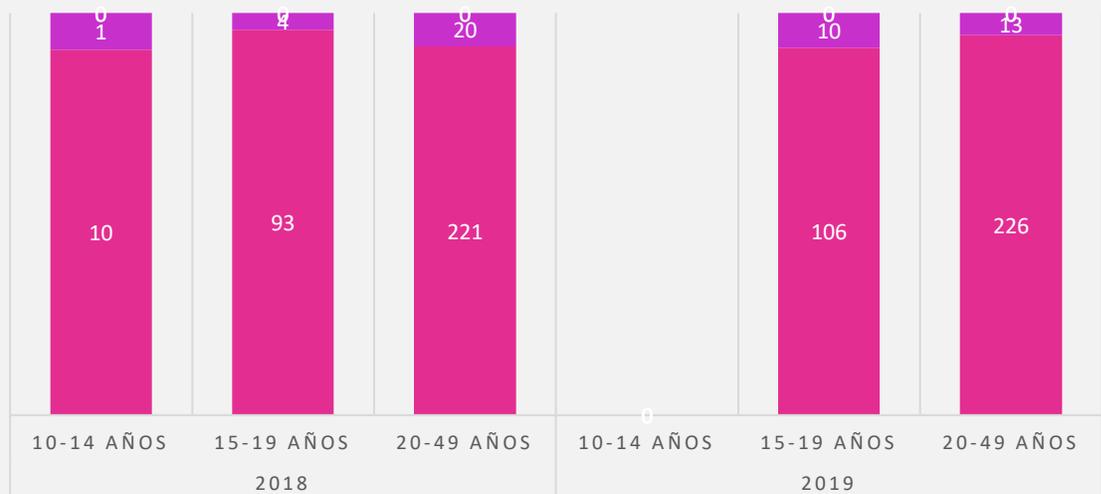
INSCRIPCIÓN MATERNA-CONTROL_ENFERMERIA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE USULUTAN



Inscripción materna-Control Nutricionista, 9-49 años, 2018-2019, Municipio de Usulután											
Año	Rango de edad	Materno	%	Puerp	%	Puerp Precoz	%	Puerp Tardío	%	Total	%
2018	10-14 años	10	3.09	1	4.00	0	0.00	0	0.00	11	3.15
	15-19 años	93	28.70	4	16.00	0	0.00	0	0.00	97	27.79
	20-49 años	221	68.21	20	80.00	0	0.00	0	0.00	241	69.05
Total		324	100.00	25	100.00	0	0.00	0	0.00	349	100.00
2019	10-14 años	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	15-19 años	106	31.93	10	43.48	0	0.00	0	0.00	116	32.68
	20-49 años	226	68.07	13	56.52	0	0.00	0	0.00	239	67.32
Total		332	100.00	23	100.00	0	0.00	0	0.00	355	100.00

INSCRIPCION MATERNA-CONTROL_NUTRICIONISTA, 9-49 AÑOS, 2018-2019, MUNICIPIO DE USULUTAN

Materno Puerp Puerp Precoz Puerp Tardio



b. Indicadores sobre violencia a nivel nacional.

c. Número de mujeres víctimas de violencia y muertes violentas, según rango de edad, 2017

Rango de edad	Número de muertes violentas	%	Mujeres víctimas de violencia	%
0 a 4	2	0.96	197	3.77
5 a 9	1	0.48	409	7.83
10 a 14	11	5.29	1652	31.61
15 a 19	56	26.92	2323	44.45
20 a 24	66	31.73	401	7.67
25 a 29	72	34.62	244	4.67
Total	208	100	5226	100

Fuente: DIGESTYC, Boletín Especial sobre género, El Salvador, 2017



Fuente: DIGESTYC, Boletín Especial sobre género, El Salvador, 2017

Hechos de violencia, según tipo de violencia y rango de edad, 2019						
Rango de edad	Violencia Sexual	%	Violencia Física	%	Violencia Patrimonial	%
0-4	64	2.04	46	1.20	0	0.00
0-9	194	6.18	70	1.82	0	0.00
10-14	810	25.81	109	2.83	8	0.24
15-19	1183	37.70	306	7.96	128	3.89
20-24	234	7.46	556	14.46	333	10.11
25-29	181	5.77	589	15.32	378	11.48
30-34	103	3.28	427	11.11	380	11.54
35-39	104	3.31	378	9.83	366	11.11
40-44	59	1.88	328	8.53	293	8.90
45-49	45	1.43	208	5.41	271	8.23
50-54	18	0.57	165	4.29	223	6.77
55-59	16	0.51	132	3.43	176	5.34
60-64	13	0.41	88	2.29	128	3.89
65-69	6	0.19	75	1.95	79	2.40
70-74	2	0.06	47	1.22	70	2.13
75-79	1	0.03	34	0.88	49	1.49
80+	5	0.16	40	1.04	39	1.18
ND	100	3.19	247	6.42	372	11.30
Total	3138	100.00	3845	100.00	3293	100.00