Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
http://ccp.ucr.ac.cr

Población y Salud en Mesoamérica
Revista electrónica
Volumen 2, número 2, artículo 1
Enero - junio, 2005
Publicado 1 de enero, 2005
http://ccp.ucr.ac.cr/revista/

La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años El Salvador, un reto para las políticas de salud

Helen Larissa Centeno Monge
Rhina Cáceres Rodas

© 2005 Centro Centroamericano de Población

La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años El Salvador, un reto para las políticas de salud.

Helen Larissa Centeno Monge [1]
Rhina Cáceres Rodas [2]

RESUMEN

En El Salvador, para el año 2003, la población de 15 a 24 años representa un poco más de un tercio de la población clasificada como en edad fértil. Los indicadores de salud reflejan una situación que demanda atención y acciones concretas hacia las necesidades de la salud reproductiva que afrontan los adolescentes. Según la Encuesta nacional de salud familiar realizada en 1998, el 48.8% de las mujeres menores de 24 años han tenido experiencia sexual, menos del 10% utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación y el 42% han tenido al menos un embarazo antes de los 24 años. Dado que los problemas de salud sexual y reproductiva fueron de los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud, la promoción de la salud del adolescente debe constituir uno de los principales objetivos de cualquier proyecto de desarrollo, tanto a nivel local como nacional. Al utilizar los datos de la FESAL–98 e información proporcionada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, se presentan en este artículo algunas cifras y reflexiones acerca de la situación referente a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes salvadoreñas de 15 a 24 años y algunas acciones que se realizan al respecto. Se plantea el modelo de atención a los y las adolescentes implementado en el país y las principales implicaciones y retos que aun hay que atender.

SUMMARY

In El Salvador, by the year 2003, population classified like in fertile age represents a little more than third part of these range. The health indicators reflect a situation that demands concrete attention and actions towards the necessities of the reproductive health of the salvadorian adolescents. According to the National Survey of familiar health made in 1998, 48,8% of the women with less than 24 years have had sexual experience, of them, less of 10% used some contraceptive method in his first sexual relation and 42% have had at least a pregnancy before the 24 years. Since the problems of sexual and reproductive health in adolescents were classified like high-priority subject of attention, the promotion of their health must constitute one of the

[1] Máster en Población y Salud, Universidad de Costa Rica. Doctora en Medicina General, Universidad de El Salvador, lariscen@yahoo.com
[2] Máster en Población y Salud, Universidad de Costa Rica. Licenciada en Nutrición, Universidad Evangélica de El Salvador

main objectives of any project of development, as much at local level as national. In this article appears some numbers and reflections about the situation referring to the sexual and reproductive health of the Salvadoran adolescents between fiftheen and twenty four years old and some actions that are made on the matter. One considers a model of attention for adolescents implemented in the country and the main implications and challenges that even all we are doing have to do to take care of the situation.

INTRODUCCION

En El Salvador, para el año 2003, la población de 15 a 24 años representa un poco más de un tercio de la población clasificada como en edad fértil[3].

Se puede decir, que no es sino hasta mediados de los años 70 que en El Salvador, se reconoce la adolescencia como un periodo diferenciado de la niñez y de los adultos jóvenes, justamente después de la primera conferencia de la juventud a nivel mundial.

Situación que da pie para que a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa se incorporen las primeras políticas estrechas con la adolescencia y se comience a hablar de programas y conserjerías dirigidas específicamente a la población de adolescentes-jóvenes de El Salvador.

Los indicadores de salud de El Salvador, reflejan una situación que demanda atención y acciones concretas hacia las necesidades de la salud reproductiva que afrontan los adolescentes. Muchas de las jóvenes tienen relaciones sexuales a edades tempranas, a menudo sin protección, lo cual las coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, e infección con enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH.

Aunado a lo anterior, hay que tomar en cuenta que la edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva, una vez aparece la menarquia, constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población, puesto que mientras más temprano se da la menarquia en una mujer, más años de vida reproductiva tendrá, y muchos más riesgos sexuales se agencia si su edad promedio de inicio de relaciones es cada vez menor y sus relaciones en su mayoría son premaritales. En un estudio realizado por SEMUJER (Secretaria de la Mujer en El Salvador) se concluyó que la menarquia en las mujeres salvadoreñas aparece a los 10 años de edad en promedio.

[3] El 37 y 36 % para mujeres y hombres, respectivamente, considerando en edad fértil a las mujeres de 15 a 49 años y a los hombres de 15 a 59 años. Informe preliminar FESAL-2003

La exposición temprana de este importante sector de la población salvadoreña a estos riesgos constituye un factor determinante de los niveles de fecundidad de la población y representa graves repercusiones en su salud reproductiva.

Para muchos de los y las adolescentes en el mundo entero, la transición de niños a la vida adulta supone un proceso saludable, puesto que están propensos a aprender valores positivos respecto de la sexualidad y las relaciones interpersonales, y dentro de este contexto dan placer y obtienen amor de las relaciones sexuales que puedan presentárseles. Sin embargo, un gran porcentaje de los adolescentes-jóvenes, como les llamaremos a partir de este momento a aquellos que se encuentran en el rango de 15 a 24 años, también afrontan riesgos en su salud sexual y reproductiva, riesgos específicos debido a su biología, a la discriminación respecto al acceso a información y a los servicios, y a los límites que la sociedad impone a su comportamiento.

Actualmente en la mayoría de las sociedades de países en desarrollo continúa el debate sobre la mejor forma de tratar o evitar los riesgos que enfrentan los adolescentes- jóvenes en su salud y desarrollo psicológico y sexual. Hay quienes argumentan que la mejor estrategia es impedir que ellos tengan relaciones sexuales a temprana edad y más aún si lo hacen sin protección o en dado caso que se posterguen éstas la mayor cantidad de años posibles. Otros por el contrario, reconocen que los y las adolescentes-jóvenes son sexualmente activos en todos los países y que, las relaciones sexuales entre ellos se inician aún antes que en generaciones pasadas. En consecuencia, es oportuno reconocer dicha realidad y poner a disposición de este grupo etáreo la información suficiente y los servicios de salud apropiados de acuerdo con sus necesidades.

Dado que los problemas de salud sexual y reproductiva fueron de los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de atención de la salud, la promoción de la salud del adolescente debe constituir uno de los principales objetivos de cualquier proyecto de desarrollo, tanto a nivel local como nacional. En diversos países de América Latina, y en El Salvador en este caso, se organizan programas de salud adolescente, con énfasis en la salud sexual y reproductiva de éstos, algunos promovidos por el gobierno salvadoreño y por universidades tanto estatales como privadas, y otros por organizaciones no gubernamentales.

Con frecuencia la motivación de estos programas la constituyen la creciente demanda de servicios especializados para este grupo de edad, dado su constante aumento dentro de las sociedades, así como reducir al mínimo o evitar menoscabos en su salud y en su desarrollo psicosocial y sexual.

En el intento de satisfacer las necesidades de los adolescentes en los programas y políticas de salud, se encuentran varios informes y discusiones técnicas incluidas en la Asamblea Mundial de la Salud (1989), el establecimiento oficial del Programa de Salud de los Adolescentes de la OMS (1990) y el apoyo continuo en materia de salud reproductiva de la adolescencia (programas y estrategias) brindado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, entre los mas importantes. Además, de muchas ONGs que llevan a cabo actividades relacionadas con la adolescencia y juventud.

Tras el reconocimiento de que los problemas de salud más importantes que enfrentan los jóvenes salvadoreños son los relacionados con la identidad sexual, el comportamiento y la salud reproductiva, políticas, programas y proyectos están proliferando en El Salvador.

Sin embargo, a pesar que ya hace cuatro años se aprobó la incorporación a nivel de la currícula del Ministerio de Educación, de un componente de salud sexual y reproductiva para ser impartido en todas las escuelas a nivel nacional, siguen bajas las coberturas de éste en el área rural y su contenido carece de suficiente información acerca de temas importantes, como las enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, la experiencia con jóvenes, demuestra que estos suponen una reacción sumamente negativa cuando se acercan al personal de salud, sobre todo si dicho problema indica que han tenido relaciones sexuales premaritales. La respuesta negativa prevista ha producido la renuencia cada vez mayor a usar los servicios de salud para la detección o terminación de embarazo, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, orientación sexual o cualquier cosa relacionada con la sexualidad.

Además, que los trabajadores en salud no están completamente adiestrados en desarrollo, salud y sexualidad del adolescente, y les cuesta trabajo dominar las técnicas de comunicación interpersonal con los jóvenes, ensanchando así el abismo que media entre el proveedor de servicios y el adolescente que necesita de atención especializada en esta área en particular.

Toda esta problemática se presenta a pesar que en la Conferencia de El Cairo (1994) la comunidad internacional reconoció oficialmente, y por primera vez, que la salud sexual y reproductiva presenta necesidades diferentes durante la fase juvenil, que las experimentadas por los adultos. Se reconoció también que la juventud se trata de un segmento poblacional con características propias y que, por lo tanto, entre sus derechos y necesidades está el acceso a servicios y programas de salud diferenciados y especializados, en particular, para atender su salud sexual y reproductiva. Finalmente, en dicha Conferencia se determinó que era un gran reto para los países en vías de desarrollo, la aplicación de un programa de acción dirigido al apoyo de la juventud, puesto que su implementación requiere de una construcción social que debe resolver las perspectivas no equitativas de género, de segmentos de la población, las condiciones de pobreza, etc. para iniciar su desenvolvimiento.

Para la sociedad salvadoreña y las autoridades tomadoras de decisiones involucradas con los adolescentes jóvenes, es un desafío importante hacer coincidir los factores identitarios asumidos, con acciones que promuevan el desarrollo integral de los individuos jóvenes, incluyendo por eso mismo, programas de salud con calidad y equidad para todos ellos, que les garantice una salud sexual y reproductiva satisfactoria y les permita tomar decisiones responsables con respecto a la suya propia y de su pareja.

Algunas cifras y reflexiones acerca de la situación referente a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes salvadoreñas de 15 a 24 años y algunas acciones que se realizan al respecto, se pretenden abordar en este artículo. A la vez plantear las implicaciones y retos que los resultados del estudio imponen a los programas y políticas de salud en El Salvador.

METODO Y DATOS

Los mayor parte de datos que se presentan en este artículo corresponden a los recolectados por la Encuesta nacional de salud familiar realizada por la Asociación Demográfica Salvadoreña en 1998[4]. Para esta encuesta se seleccionó una muestra probabilística, aleatoria y representativa a nivel de departamento, que es la división administrativa primaria de la república de El Salvador. Su tamaño es de 20,760 viviendas distribuidas en 692 segmentos censales. Se entrevistaron en total 12,634 mujeres en edad fértil (15- 49 años), de las cuales 4,764 tenían 24 años o menos. Las variables utilizadas son tomadas de la base de datos de la encuesta y fueron procesadas con el programa estadístico Stata 8.0

La información sobre programas y políticas se obtuvo de documentos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador, específicamente de la Gerencia de atención integral al adolescente[5].

RESULTADOS

Actividad sexual

Según los resultados de FESAL-98 el 48.8% de las adolescentes entre 15-24 años habían tenido experiencia sexual[6]. En el grupo de las menores de 19 años al momento de la encuesta ya tenían experiencia sexual el 30.9% y en el grupo de las de 20 a 24 años el 69.9%.

Para 1998 la edad promedio a la primera relación coital para las adolescentes de 15 a 24 años fue de 16.4 años, 15.3 años para las menores de 20 y 17.0 para las de 20 – 24. Una evidencia de que las relaciones se inician hoy día a más temprana edad es que si se toman a las adolescentes que en 1998 tenían de 20-24 y que tuvieron su primera relación antes de los 20 años, se obtiene un promedio de edad de inicio de 16.4 años.

[4] La Encuesta nacional de salud familiar de 1998 FESAL-98, es la séptima de una serie de encuestas que desde 1973 ha realizado la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), para estudiar los diferenciales y tendencias de la fecundidad y la prevalencia de uso de anticonceptivos en El Salvador.
[5] Cómo se convirtieron los servicios de salud de Usulután, La Paz y Sonsonate en amigables para los y las adolescentes salvadoreños 1999-2003. Edición preliminar. San Salvador, El Salvador.

[6] Adolescentes que refirieron mes y año de la que tuvieron su primera relación sexual o la edad de la persona con la que tuvieron la primera relación coital.

Según área, para el total de adolescentes de 15 a 19 años que residen en el área urbana habían tenido experiencia sexual el 27%, y de las que residen en el área rural el 35.3%. Para el grupo de 20-24 que reside en el área urbana ha tenido experiencia sexual el 63.1%, porcentaje que aumenta a 76.6% para quienes viven en el área rural. En general el 51.9% de todas las adolescentes con experiencia sexual, residían en el área rural.

Otro punto importante en lo referente a la iniciación de las relaciones sexuales, lo constituye la actividad sexual premarital, que según datos preliminares de la FESAL 2003 aumentan continuamente. Tanto para el grupo de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad como para el de 20 a 24 prevalece y es más frecuente la primera relación clasificada como premarital que la marital[8]. La primera relación se clasifica como premarital en el 60% de los casos, y es un poco más alto en el grupo de 15-19 años y en el área urbana. Gráfico 1 y Gráfico 2.

En El Salvador la edad promedio para el matrimonio o la unión formal varía de acuerdo con el área de residencia, mientras para las de la urbana la edad oscila entre los 20 y 22 años, para las del área rural es menos aún (promedio los 18 años). Indiferentemente de estos promedios, se puede observar que hay una brecha de casi 4 años promedio entre la primera relación sexual y la edad en que las adolescentes contraen matrimonio.

Según los datos de la FESAL-98 de las adolescentes que reportaron haber tenido experiencia sexual, el 18% de las menores de 20 años eran en ese momento solteras y nunca habían estado unidas, este porcentaje es de 15% entre las de 20-24.

En el Cuadro 1. se presentan la proporción de adolescentes por ocupación al momento de la entrevista, según nivel socioeconómico y si han tenido o no experiencia sexual. En todos los niveles las sexualmente activas se ubican en mayor porcentaje entre las que no estudian ni trabajan, muy probablemente esto está relacionado con la ocurrencia de embarazos. Sin embargo en el nivel socioeconómico bajo el 50% de las que no tienen experiencia sexual tampoco estudia ni trabaja, es de esperarse que estén mas expuestas a iniciar actividad sexual sea marital o premarital. En el nivel socioeconómico alto el 23% de las sexualmente activas estudiaban al momento de la entrevista, esto ocurre solo en el 6.7% en el nivel medio y en 1.2% del nivel bajo.

Uso de anticonceptivos

Cerca del 90% de las adolescentes han oído hablar de los métodos anticonceptivos modernos, sin embargo de las adolescentes con experiencia sexual solamente una de cada 10 utilizó algún método anticonceptivo al momento de la primera relación sexual, lo que coloca a El Salvador en el tercer lugar dentro de los países de

[5]Se define como relación sexual premarital si la respuesta a la pregunta, ¿con quien tuvo su primera relación sexual?, fue diferente al esposo o compañero de vida. Cuando reportó que fue éste, si la fecha de la primera relación fue antes de la primera unión, también fue clasificada como premarital.

Latinoamérica con menor uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual, después de Honduras y Ecuador (6.5% y 3.9% respectivamente).

Las principales razones para el no uso de métodos a la primera relación en las unidas es el deseo de embarazo y en las solteras el que no se esperaba tener relaciones en ese momento, a pesar de que casi un 90% dijo haber oído de varios de los métodos tanto para unidas como para solteras. La segunda razón que dieron de no uso fue el desconocimiento de estos.

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual fue más alto en el área urbana que en la rural y aumentó en la medida que aumenta el nivel educativo, según referencia de las entrevistadas por un mayor conocimiento de ellos. Y la mayor prevalencia de uso fue para el condón, el retiro, el ritmo y las pastillas (20, 14, 12 y 11 por ciento respectivamente). El condón se mantiene como el método más usado independientemente de la clasificación de la primera relación sexual y la edad al momento de ella. Cabe mencionar que a medida que aumenta la edad a la primera relación sexual, también aumenta el uso.

En el Cuadro 2. se presenta el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes de 15 a 24 años que habían tenido actividad sexual en los 3 meses según estado conyugal. El 59.2% de las adolescentes unidas utilizan algún método, este porcentaje es menor para las que son sexualmente activas pero que nunca han vivido en unión (45%) . En las adolescentes en unión el método más utilizado es la inyección seguido de la píldora. En las solteras son utilizados en igual medida la píldora y el condón , seguidos de la inyección y el retiro. Al dividir por grupo de edad, los porcentajes de uso de métodos disminuyen en el grupo de 15-19 especialmente entre las solteras.

El porcentaje de adolescentes que utilizan anticonceptivos varía al indagar el uso entre aquellas que ya han tenido un primer embarazo. En este caso, el porcentaje de adolescentes unidas que utilizan algún método aumenta a 62.2% y en las solteras, después de un embarazo el porcentaje de uso aumenta a cerca del 57%.

Respecto al acceso a estos métodos llama la atención que para las adolescentes en unión el principal proveedor de anticonceptivos son los establecimientos del Ministerio de Salud (41%), sin embargo las adolescentes solteras que son usuarias de métodos los obtienen principalmente de farmacias (65%).

Embarazo

El embarazo en adolescentes afecta directamente la salud reproductiva de la gente joven, así como la salud de sus hijos. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida de la mujer, aumenta considerablemente con el embarazo a una edad temprana, la falta de espaciamiento entre ellos, la poca información sobre métodos de planificación familiar, los tabúes acerca de la Salud sexual y reproductiva (SSR), sobre todo entre los adolescentes, son algunos de los factores que convierten a los

jóvenes en un grupo vulnerable y en los que se deberían focalizar los programas y estrategias de quienes están interesados en este tema.

En el caso de El Salvador la tasa de fecundidad de las adolescentes-jóvenes (por mil mujeres en edades de 15 a 24 años) varia de acuerdo con el área de residencia y la edad. Para las adolescentes de 15 a 19 años de edad y que residen en el área rural dicha tasa es de 128. Y para las del grupo de 20 a 24 años en la misma área de residencia es de 202. En el grupo de 20-24 años se encuentra la cúspide de la fecundidad en el país, según datos preliminares reportados por la FESAL 2003. (Gráfico 3).

En El Salvador el porcentaje de adolescentes sexualmente activas que para 1998 ya habían tenido al menos un embarazo según grupo de edad, es del 80 % para las menores de 20 y del 91% para las de 20 a 24 años de edad. El 5.6% estaba en gestación en el momento de la entrevista.

Aproximadamente el 42% de los embarazos se iniciaron antes de que la adolescente estuviera unida o casada. Al momento de la entrevista, de las que han tenido al menos un embarazo el 74% estaban unidas.

La edad promedio a la que las adolescentes salvadoreñas tienen actualmente su primer embarazo oscila entre los 16 años para las menores de 20 años y los 17.9 para las de 20 a 24 años.

El 23.6% de estos embarazos ocurrieron cuando por diferentes razones la adolescente pensaba que no podía quedar embarazada y el 31% fueron embarazos no planeados.

En el Cuadro 3. se presentan los porcentajes de adolescentes que han tenido embarazos por la ocupación en el momento en que salió embarazada y el nivel socioeconómico. Es notorio que en el nivel bajo las adolescentes que no estudiaban ni trabajaban en ese momento son la mayoría (72%), igual sucede en el nivel medio pero en menor magnitud (48.5%). En el nivel alto el porcentaje mas alto se ubica en las que estaban estudiando al momento de iniciar el embarazo. Esto evidencia que las condiciones y probablemente las consecuencias del embarazo en las adolescentes, podrían ser diferentes según el nivel socioeconómico.

Preferencias reproductivas e intención del primer embarazo

En las adolescentes salvadoreñas, las intenciones de un primer embarazo parecen variar de acuerdo con diversos factores, como por ejemplo, si se ha tenido un hijo con anterioridad, el estado civil, el nivel socioeconómico, la escolaridad y por supuesto la edad de la joven.

En este apartado se tomará en cuenta tanto el embarazo no deseado, como aquel considerado como a destiempo o no provisto, es decir, deseado pero no en el tiempo planeado.

Es así como vemos que en las mujeres salvadoreñas un alto porcentaje de los embarazos en los últimos años fueron planeados y deseados, porcentaje que evidentemente disminuye en las adolescentes jóvenes actuales, disminución que se acentúa cada vez más a medida que se acorta la edad, aumenta la escolaridad o se pertenece a un ámbito social alto, en los que el proyecto de vida se ve truncado o entorpecido por un fenómeno como un embarazo.

Llama la atención que según los datos que hemos manejado a lo largo del artículo, del 80% de las adolescentes entre los 15 y 19 años que reportaron haber tenido ya un embarazo, el 31% fue no deseado ni planeado, y los grupos con mayores porcentajes de hijos no deseados que se reportan son las adolescentes solteras (nunca unidas), las de escolaridad media (secundaria incompleta) o sin educación formal.

Este panorama parece cambiar cuando se evalúan las chicas de 20 a 24 años, ya que reportaron diversas opiniones en su intención de embarazo, de ellas ya el 91% habían tenido al menos un embarazo para 1998. Un 24 % reportó haber tenido dicho embarazo sin desearlo ni planearlo, y un 18% dijo haberlo deseado pero no planeado (embarazo a destiempo), y en ellas sí los embarazos ocurrieron en su mayor porcentaje en la ya unidas o casadas. Aquí los porcentajes mayores de embarazos no deseados aparecen entre aquellas que ya tenían un hijo, y las que no tienen educación formal alguna.

Este grupo de jóvenes tiene la particularidad que cuando refirieron su deseo de embarazo, dejaban claro que ese deseo no era de inmediato, así el 25% quería posponer un embarazo, y otro 49% quería limitarlos, pero si deseaban un hijo.

En ambos grupos de edades de las adolescentes jóvenes salvadoreñas, dentro de las razones que prevalecían para catalogar un embarazo no planeado ni deseado, sobresalen aquellas que aducen a desconocimiento de periodo fértil de una mujer, las que no esperaban tener relaciones sexuales o no las tenían frecuentemente, y en un menor porcentaje pero importante para nuestra idiosincrasia, aquellas que reportaron haber estado lactando cuando sucedió el otro embarazo, esta última aplica para las de 20 a 24 años en su mayoría.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS) / VIH SIDA

Los datos estadísticos de prevalencia de las ETSs, en específico, y sus tasas de incidencia entre la gente joven salvadoreña no estuvieron disponibles en este estudio, por ser el primero en su serie con este rango de edades en especial, sin embargo datos oficiales del Ministerio de Salud y su Departamento de Epidemiología, sugieren un número creciente de nuevos casos de ETSs entre los adolescentes salvadoreños.

En la encuesta FESAL-98 se recolectó información sobre el conocimiento de las ETSs. Las adolescentes reportaron poco conocimiento sobre ETSs, al cuestionar sobre si conocen cada una de las enfermedades, la que alcanza mayor porcentaje (77%) es el VIH SIDA. Sífilis y gonorrea son conocidas por el 37% de las adolescentes y el resto de ETS por menos del 6%.

En cuanto a VIH SIDA cerca del 80% manifiestan tener conocimientos sobre la transmisión e identifican riesgos de contagio, poco más del 50% tiene al menos actitudes positivas hacia prácticas preventivas[10].

DISCUSIÓN

El inicio de la actividad sexual en las adolescentes salvadoreñas es cada vez a edades más tempranas, dentro de los factores que podrían condicionar esta situación se puede considerar factores biológicos como menarquia o maduración sexual femenina, la cual aparece más tempranamente en estos tiempos. Es importantes también considerar otros aspectos como son: los factores familiares o sociales y los factores ambientales o externos.

En el modelo familiar de nuestra cultura, muy latinoamericana, la comunicación que se establezca entre padres e hijos es uno de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo. Por lo general una comunicación bastante entorpecida por mitos, tabúes, religiones, miedos, etc.

Por otro lado aunque en menor medida, influyen las herencias transgeneracionales las cuales, se trasmiten de padres a hijos, pues estudios en Sudamérica han demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser ellas mismas, madres adolescentes.

Asimismo las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. De manera casi constante se ha relacionado el inicio de las relaciones sexuales con el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, como se vio para el caso de El Salvador, donde en el medio rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que está en un proceso de transición muy lento en El Salvador, y por tanto aún constituye una dura realidad.

Es importante hacer notar que la edad al matrimonio es uno de los tantos aspectos de la vida de las jóvenes que actualmente se encuentra en transición. Si bien es cierto que el promedio de edad al matrimonio ha aumentado en muchas partes del mundo, también es cierto que la edad a la que se inicia la pubertad para la mujer ha disminuido, con lo cual los jóvenes tienen más años con riesgo de tener relaciones sexuales premaritales. De hecho en resultados aún no publicados oficialmente de la FESAL 2003 se evidencia el alza del porcentaje de relaciones sexuales premaritales entre las adolescentes salvadoreñas.

[10] Al menos estarían dispuestas a usar condón para prevenir el SIDA

El hecho de postergar el matrimonio tiene una serie de implicaciones para los adolescentes-jóvenes de hoy, puesto que aquellos que se casen más tarde tienen en teoría mas probabilidades de aprender mejores y mayores instrucciones básicas sobre sexualidad y menos hijos. Sin embargo en nuestro caso en particular, el hecho de casarse más tarde, combinado con relaciones sexuales premaritales en ascenso, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras y ETSs, inclusive VIH/SIDA.

Como se mencionó, El Salvador se ubica entre los países con menores porcentajes de uso de anticonceptivo a la primera relación. Muchas de las adolescentes unidas manifiestan el deseo de embarazo, sobre todo en el nivel socioeconómico bajo. Las adolescentes no unidas inician la actividad sexual de manera inesperada. La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, así, las que asumen la responsabilidad de que son sexualmente activas tienen menos riesgo de embarazarse puesto que toman sus precauciones, condición que aumenta a medida que aumenta la edad. Además suele ocurrir con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol u otras drogas, sobre todo en el sector urbano en nuestro país.

Las adolescentes tienen menos probabilidades que las mujeres mayores de 20 años de usar métodos anticonceptivos, y las razones de ello incluyen la falta de información, información errónea y el miedo a los efectos secundarios, en combinación con barreras de índole geográfica, social y económica que impiden el acceso a los anticonceptivos y su uso. Normalmente, los servicios de planificación familiar están destinados a prestar servicios a las mujeres adultas casadas. Es muy probable que a las adolescentes solteras los proveedores de servicios les resulten hostiles o poco serviciales, especialmente en aquellos lugares en que las sólidas creencias religiosas o pautas sociales, condenen la actividad sexual entre las adolescentes solteras. Es también probable que las adolescentes se muestren renuentes a informar a sus padres o proveedores de servicios acerca de su actividad sexual. Además, el carácter esporádico e imprevisto de la actividad sexual entre los adolescentes pueden representar un obstáculo para el uso constante de los anticonceptivos.

Hay que hacer notar que el embarazo no planeado, las ETSs incluyendo el VIH/SIDA en los y las adolescentes, es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de ellos.

Dentro de los factores ambientales que influyen en la baja tasa de utilización de anticonceptivos en las adolescentes jóvenes salvadoreñas, aparecen aquellas que se embarazan premeditadamente como resultado de un capricho o fantasía, de un comportamiento cultural o, lo que es más grave, como una huida de una situación familiar o económica calamitosa.

Falta de educación e información sexual pueden justificar en muchas ocasiones, la alta incidencia de gestación en este grupo poblacional. La responsabilidad de los

padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos o los medios de comunicación. Los padres, principales responsables de la educación sexual de sus hijos, suelen delegar dicha responsabilidad en terceros, eludiendo de esta forma su derecho y su deber de educar a sus hijos.

Si se utiliza la tasa de fecundidad en la adolescencia como un indicador de los embarazos tempranos, y vemos las tasas de fecundidad que reporta la FESAL-2003, podemos decir que El Salvador se encuentra dentro de los cuatro primeros países de la región en los que las tasas son sustancialmente elevadas, es decir por encima de 100 nacimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años de edad. La elevada frecuencia de embarazos tempranos en estos países es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. De hecho en El Salvador un 7% de las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años de edad, cifra que aumenta hasta un 10% en mujeres sin instrucción y del área rural.

A partir de los años 70 aproximadamente en toda la región latinoamericana se inicia una disminución de la fecundidad en las mujeres en edad fértil, que se expresaban con bajas importantes en el número de hijos por mujer al final de la vida reproductiva, no obstante se observa que el descenso en la fecundidad total es mayor que el observado en la fecundidad en la adolescencia. Las reducciones de las tasas de fecundidad de adolescentes son más lentas y menos eficaces.

En El Salvador, Belice y Guatemala, la incidencia del embarazo en la mujer adolescente aún es muy alta, a pesar que empezaron a bajar su fecundidad antes de los años 90 cuando su descenso fue limitado y continúa en este nuevo milenio, por tanto consideramos que aun tienen un gran camino por recorrer en sus metas de disminuir el embarazo en este grupo poblacional y contribuir significativamente a la disminución de la tasa global de fecundidad.

Las diferencias en las tasas de fecundidad de las adolescentes son consecuencia de muchos factores, entre ellos las oportunidades disponibles en la vida, que para el caso de El Salvador es un factor importante, muchas de las adolescentes en áreas rurales se unen a edades tempranas y tiene hijos “deseados” que más que deseados podrían considerarse voluntariamente aceptados, cuando las opciones de vida se limitan o a seguir en la casa paterna o a la vida conyugal y maternidad. Otros factores importantes son el acceso a los servicios, las actitudes de los encargados de prestar servicios, las expectativas socioculturales, las desigualdades del género, las aspiraciones educacionales y los niveles económicos.

El embarazo no planeado es un problema importante de la salud pública, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud tanto para madres como para los niños. Es a la vez, un fenómeno que puede servir como indicador del estado de la salud reproductiva de la mujer en un país determinado, y del grado de autonomía que tiene ella para decidir si tiene o no un hijo, con quién y en qué momento.

Por tanto se vuelve una necesidad prioritaria identificar los factores relacionados con el embarazo no planeado, así como los que determinan uno deseado pero no planeado (a destiempo) y por qué no, aquellos factores que determinan los embarazos deseados entre las adolescentes. Todo con el fin de permitir a los encargados de adoptar decisiones y a los responsables de formular programas que promulguen leyes y diseñen servicios específicos para grupos de jóvenes de acuerdo con su deseo o no de tener un embarazo en la adolescencia.

Es importante en esta sección retomar las intenciones de embarazo en las adolescentes salvadoreñas, puesto que si bien es cierto, que a nivel general los porcentajes de embarazos no deseados ni planeados han disminuido según informe preliminar de FESAL 2003, y la tendencia a la disminución de la fecundidad sigue constante y el aumento en la prevalencia de uso de anticonceptivos es un hecho, existen y afectan hoy a la población joven del país.

Ahora bien, es importante resaltar que muchos de los estudios o investigaciones sobre adolescentes a nivel latinoamericano y del Caribe, retoman e identifican numerosas variables predictivas de los embarazos no deseados, y se limitan, o poco estudian aquellos embarazos que son deseados pero no planeados (destiempo) y en menor proporción aquellos que si fueron deseados o como se mencionó anteriormente "voluntariamente aceptados", situación que dejaría ver una posición particular del embarazo en la adolescencia, y generaría discusión , entre si es éste un problema y para quien.

A pesar de estas limitaciones, las encuestas realizadas hasta el momento en El Salvador, logran recopilar datos sobre intenciones de embarazo, y son sumamente representativos de la situación nacional, y sea cual fuere el propósito del estudio, podemos decir que predominan aquellos datos que reflejan que las adolescentes jóvenes salvadoreñas que han tenido un embarazo y un parto no deseado, son más proclives que las que no han tenido dicha experiencia, a no estar casadas, a tener edades cortas, a no haber terminado sus estudios secundarios, y en menor proporción a haber abandonado sus puestos laborales. Y que a mayor edad y de acuerdo con la situación socioeconómica de la joven y de las oportunidades en la vida, el embarazo no deseado ni planeado tiene que ver con aborto de proyectos de vida.

Las campañas educativas en cuanto a ETSs se han centrado en el VIH/SIDA lo que ha permitido que un alto porcentaje de adolescentes tengan conocimientos sobre la enfermedad, aunque estos conocimientos no necesariamente han logrando en la mayoría de los casos promover actitudes y prácticas adecuadas.

Un modelo de salud sexual y reproductiva para adolescentes jóvenes implementado en El Salvador.

Ante tal situación el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social consciente de las necesidades especiales de la población adolescente, trabaja a través de la Gerencia de Atención Integral en Salud de Adolescentes con apoyo técnico y financiero de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID),

en el Proyecto Salvadoreños Saludables (SALSA). En el se incluyó el Plan de Acción –Salud Reproductiva MSPAS 1999, tomándose como área programática la estrategia de "mejoramiento de la calidad y calidez en la atención para adolescentes", especialmente centrada en satisfacer necesidades de información y servicios integrales más humanizados. La estrategia ha buscado hacer los servicios de salud amigables para adolescentes, centrándose en dos componentes, y de esa forma facilitar la prestación de servicios directos con base a necesidades y características propias de ésta población.

El primer componente, dirigido a fortalecer las acciones de los servicios para adolescentes embarazadas, por medio de la atención prenatal, parto, posparto y posaborto, se ha operativizado con el fortalecimiento del perfil profesional de los proveedores / as para que se brinde atención más humanizada y mejorar la imagen de los servicios de salud.

El segundo componente, se enfoca en el desarrollo integral de los/as adolescentes, la prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual a través de intervenciones con personal del nivel primario de salud y actividades con participación comunitaria. La operativización de este componente es por medio de las sedes comunitarias de educación, que recluta y capacita a adolescentes como promotores / as juveniles de la salud (PJS), quienes se convierten en educadores de otros / as adolescentes, en talleres modulares y educación interpersonal con los/as amigos / as que tengan contacto. También identifican y refieren adolescentes que necesitan servicios preventivos y/o curativos, a los establecimientos de salud.

Este modelo se implementó en un mínimo de establecimientos prioritarios por departamento, para transferir el modelo al resto de unidades de salud después de la experiencia.

Se ejecutó en etapas, la primera orientada a la elaboración de diagnósticos, la segunda a la conversión de los servicios de salud a amigables, por medio de capacitación para fortalecer el desempeño en el área de salud y humanización de proveedores / as de servicios de hospitales y unidades. La tercera etapa orientada a la educación y participación de adolescentes líderes como PJS para integrar una red educativa en las comunidades donde residen.

Varios son los logros alcanzados al momento, entre los que destacan: Identificación de necesidades de adolescentes a través de líneas de base, definición de rutas de atención, readecuación de áreas específicas para la atención de adolescentes, disminución de expresiones de censura para las conductas de adolescentes, diseño y elaboración de materiales educativos y promocionales, formación de adolescentes líderes como PJS y mayor demanda de servicios por adolescentes como efecto de las referencias que envían los/as PJS.

Implicaciones y retos

Aunque el avance en la atención a los adolescentes es sustancial, aún es mucho lo que queda por hacer y es conveniente que las diferentes entidades e instituciones identifiquen su papel y tomen participación activa en lo que les corresponde.

En este sentido se plantean a continuación algunas implicaciones y retos para algunos sectores, entidades o instituciones que se considera deberían tener participación activa y unir esfuerzos por la población joven de El Salvador.

La complejidad del abordaje integral del desarrollo humano, del grupo adolescente juvenil tanto en el ámbito social como en el individual, incluida su salud y dentro de ella la salud sexual y reproductiva, requieren de profesionales capacitados específicamente en este campo, y programas de salud y estrategias políticas que permitan desarrollar proyectos de intervención, generación de políticas sociales y un planteamiento de soluciones a los problemas que enfrenta este grupo en particular. Este reto cada vez más importante para las autoridades de salud salvadoreñas, puesto que la capacitación del personal y la planeación de programas corre bajo su responsabilidad.

Al considerar que mujeres adolescentes bien informadas potencian su condición de mujer y la planificación de su futuro, y evitan en cierta medida la exposición de riesgos sexuales a los que se ven expuestos los jóvenes de la actualidad, se busca que las instituciones gubernamentales responsables y las representaciones internacionales interesadas tomen como un reto :

- Priorizar acciones para atender demandas y necesidades de las adolescentes en el campo de la salud sexual y reproductiva, aumentando el énfasis en las pertenecientes a las áreas rurales y con poco nivel educativo, puesto que son ellas las que tienen menor información sobre SSR, mantienen relaciones sexuales en mayores porcentajes y utilizan en menor porcentaje los métodos anticonceptivos.
- Promover investigaciones para identificar determinantes y diferenciales para inicio de actividad sexual, uso de anticonceptivos y ocurrencia de embarazos
- El Ministerio de Educación debe brindar orientación e información sobre sexualidad y sus implicaciones que permita a las jóvenes tomar decisiones mas responsables y conscientes de su sexualidad.
- Capacitación de personal que realice acciones educativas y/o proporcione servicios de atención en salud reproductiva, no solo para áreas urbanas sino también en el área rural (promotores de salud), lo cual persigue extender personal capacitado a nivel nacional .
- Obtener un mayor apoyo de los medios de comunicación (radial y televisivo) del país que permitan la transmisión de mensajes sobre SSR dirigidos a los adolescentes, ya que actualmente solo dos radiodifusoras nacionales brindan este servicio, y no son las de mayor audiencia en estas edades.
- Los programas de salud sexual y reproductiva deberían propiciar la realización de proyectos sociales que logren promover el desarrollo integral de

los adolescentes jóvenes salvadoreños, así como diseñar políticas que propicien la adecuada respuesta social a la situación de esta población en particular. Mejorar las condiciones de vida en general de las adolescentes, facilitar la oportunidad de educación y desarrollo, permitiría que hubiera un verdadero ejercicio de los derechos reproductivos, ya que no les dejaría la maternidad como única oportunidad de realización como suele encontrarse entre las adolescentes del área rural.

- Aumentar el porcentaje de adolescentes dentro de la educación formal, con información y educación en contenidos de salud sexual y reproductiva, y lograr llegar a los no incluidos en dicha educación formal, los cuales podrán recibir a través de programas comunitarios dicha información y educación.
- Coordinar con el Ministerio de Educación para fortalecer el programa de educación sexual y en población, ya iniciados en las escuelas y el sector formal.
- Las políticas nacionales en beneficio de la adolescencia y juventud deben de hacer hincapié en la coordinación intersectorial, así como la participación de organizaciones gubernamentales, privadas y voluntarias que se interesan por los jóvenes.

Los profesionales dedicados a los servicios de salud en general y muy especialmente los que trabajan directamente con los adolescentes deberían tener como reto:

- Desarrollar capacitaciones para unificar criterios en salud reproductiva en el personal técnico, institucional y comunitario, ya que en esta última encuesta se ha desagregado la población en edad reproductiva.
- Desarrollar actividades de información, educación y comunicación, con participación activa de los adolescentes, para la prevención de ETS y el VIH/SIDA, y para aumentar la prevalencia en el uso de anticonceptivos.
- Apoyar las capacitaciones de padres, madres y maestros en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, para la adecuada orientación de sus hijos.
- Tendrían que estar listos para salir de los establecimientos sanitarios y trabajar directamente en las escuelas, los barrios, las comunidades y en la sociedad en general.
- Analizar y conocer el contexto social, cultural, psicológico y ecológico en el cual se desarrolla la población adolescente juvenil salvadoreña.
- Ser capaces de identificar los factores de naturaleza política, social, cultural, psicológica y biológica que interactúan y afectan el desarrollo integral de esta población en particular.
- Contar con las herramientas necesarias, tanto teóricas como prácticas para atender todas y cada una de las inquietudes de los adolescentes jóvenes, frente a su propia sexualidad, sus comportamientos y conocimientos.

Los adolescentes-jóvenes necesitan desempeñar un papel activo en la resolución de sus problemas, en este caso el desarrollar organizaciones juveniles dentro de las

comunidades puede constituir la clave de la asistencia a otros jóvenes y sus necesidades socioeconómicas, psicológicas, y sexuales entre otras.

Los organismos internacionales deben persistir con la ayuda a los países en vías de desarrollo mediante la asistencia técnica y compartimiento de enfoques exitosos de ayuda a jóvenes, tal es el caso de programas como los implementados en Colombia, en Paraguay y El Salvador (Centros para jóvenes, Amor y Arte, y Cómo convertir los servicios de salud en amigables para los y las adolescentes respectivamente).

En conclusión la experiencia obtenida con las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, nos indica varias verdades a tomar en cuenta, que los encargados de formular políticas y los prestadores de servicios de salud tienen que eliminar las barreras legales e institucionales que impiden a los jóvenes tener acceso a los servicios actuales de planificación familiar y salud reproductiva.

Que los programas más exitosos son por lo general aquellos que involucran a la juventud en las etapas de preparación e implementación.

Que impartir educación sexual en las escuelas en niveles primarios, diseñar servicios de salud específicos para la juventud en clínicas o en sus comunidades, disminuirían las tasas de incidencia de conductas sexuales riesgosas, incluyendo ETSs, VIH y embarazos no deseados a tan temprana edad.

Que utilizar los medios de comunicación masiva, espectáculos populares y la formación de promotores juveniles de salud o “métodos pares”, desempeñan una acción similar a la educación sexual.

Y que la educación sexual, muy al contrario de lo que muchos piensan, no fomentan la promiscuidad entre los adolescentes solteros, sino más bien fomenta las ventajas de demorar el inicio de las relaciones y conduce a un uso más consistente de anticonceptivos y prácticas sexuales más seguras.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Demográfica Salvadoreña (2000). Encuesta nacional de salud familiar (FESAL-98). Informe final. San Salvador, El Salvador.

Asociación Demográfica Salvadoreña (2003). Encuesta nacional de salud familiar (FESAL-2002/03). Informe resumido. San Salvador, El Salvador.

Agenda Salud (2001) Jóvenes en Riesgo: adolescentes y la salud sexual. Publicación trimestral del Programa Mujeres y Salud de ISIS Internacional, 2001. Santiago, Chile.

Coll, Ana (2001). Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?.Adolescencia y Juventud en América Latina. Libro universitario regional, primera reimpresión. Editorial Tecnológica de Costa Rica.

Friedman, Herbert L. (1993). Desarrollo social de los adolescentes: Una perspectiva mundial. Conferencia invitacional sobre salud y desarrollo en adolescencia .En Journal of Adolescent Health, 1993, Now York, USA.

Garita, Carlos (1999). Sexualidad en adolescentes: Apuntes para una discusión. En revista Adolescencia y Salud. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. Volumen 1 No 2. San José, Costa Rica.

Guzmán, José Miguel, Juan Manuel Contreras y Ralph Hakkert (2001). La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Adolescencia y juventud en América Latina. Libro universitario regional, primera reimpresión. Editorial Tecnológica de Costa Rica. Cartago, Costa Rica.

Krauskopf, Dina (2002). Participación social y desarrollo en la adolescencia. Segunda edición. Editorial EUNED. San José Costa Rica.

Krauskopf, Dina (1999). El Desarrollo psicológico en la adolescencia: las trasformaciones en una época de cambios. En revista Adolescencia y Salud. Programa de Atención Integral de la Adolescencia. Volumen 1 No2. San José, Costa Rica.

Krauskopf, Dina (1997). La Sexualidad y la salud reproductiva en las políticas de juventud en América Latina. Conferencia Regional sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia, San José Costa Rica.

Lutte, Gérard (1991) Liberar a la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy. Herder. Barcelona, España.

Magnani, Robert, Amara Robinson y Eric Seiber (2000). Evaluación del Proyecto "Arte y Parte". Proyecto para la Comunicación de la Salud Reproductiva Adolescente. Reporte final. Asunción, Paraguay.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Gerencia de Atención Integral en Salud de Adolescentes, Proyecto Salvadoreños Saludables y Asistencia Técnica PRIME/ES (2003). Cómo se convirtieron los servicios de salud de Usulután, La Paz y Sonsonate en amigables para los y las adolescentes salvadoreños 1999-2003. Edición Preliminar. San Salvador, El Salvador.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de atención a la persona (1999). Plan Nacional de Salud Reproductiva 1999-2003, San Salvador, El Salvador.

Population Reference Bureau (2001). Cuadro de la población mundial. Datos y cálculos demográficos sobre los países y regiones del mundo. Washington, DC.

Population Reference Bureau (2000). Cómo responder a las necesidades salud sexual y reproductiva de las jóvenes. Boletín Informativo Measure Comunication. Washington, DC.

Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe (1999). Mensajes sobre salud sexual y reproductiva, Tomo I. México, D.F.

Serrano, Carlos V. (1993). Marco de trabajo conceptual para comprender los "Problemas" de adolescentes y jóvenes. Conferencia Invitacional Sobre Salud y Desarrollo en Adolescencia .En Journal of Adolescent Health, 1993, NY, USA.

Urzúa, Ramón Florenzano (1993). Factores de riesgo y la juventud: El rol de la familia y la comunidad. Conferencia Invitacional Sobre Salud y Desarrollo en Adolescencia .En Journal of Adolescent Health, 1993, Now York, USA.

Vernon, Ricardo y Yolanda Palma (eds.) 1998. Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar. México: INOPAL III; Population Council.

http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/manual/saludreproductiva/index.htm Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción (2001). Ritos de iniciación. Manual de salud reproductiva en la adolescencia: aspectos básicos y clínicos, cap. 18. Zaragoza, España.

http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/manual/saludreproductiva/index.htm Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción (2001). Embarazo en la adolescencia. Manual de salud reproductiva en la adolescencia: aspectos básicos y clínicos, cap. 26. Zaragoza, España.

http://www.encolombia.com/salud/saludex-capitulo4c.htm Fecundidad en las adolescentes. Colombia 2000.

http://www.unfpa.org/swp/2003/esoanol/ch1/page3.htm UNFPA, El estado de la población mundial 2003.

ANEXOS

CUADRO 1

Proporción de adolescentes por ocupación actual según nivel socioeconómico y experiencia sexual. El Salvador. FESAL-98

	Nivel socioeconómico					
	Bajo		Medio		Alto	
Actividad sexual	***Si***	***No***	***Si***	***No***	***Si***	***No***
Estudia	1.2	37.7	6.7	55.8	23.0	66.0
Trabaja	14.3	9.4	23.7	11.8	31.4	15.7
Estudia y trabaja	0.0	3.2	2.4	6.0	5.8	10.1
No trabaja no estudia	84.5	50.0	67.3	26.4	39.9	8.3
N	**1645**	**896**	**671**	**615**	**212**	**56**

Fuente: Datos FESAL-1998

CUADRO 2

Proporción de adolescentes sexualmente activas por método anticonceptivo utilizado según estado conyugal actual. El Salvador. FESAL-98

	Estado conyugal			
Método	**Unida**	**Separada**	**Soltera**	**Total**
Ninguno	40.8	68.7	55.0	43.6
Inyección	21.0	9.1	7.3	19.3
Píldora	15.7	9.4	7.8	14.7
Esterilización	6.5	5.5	0.4	6.0
Retiro	6.0	1.2	7.4	5.8
Condón	4.1	4.5	8.7	4.4
Ritmo	3.1	0.7	8.1	3.3
DIU	1.7	1.1	5.3	1.9
Norplant	0.6	0.0	0.0	0.5
Vasectomía	0.3	0.0	0.0	0.3
Mela	0.3	0.0	0.0	0.3
N	**1,531**	**71**	**73**	**1,675**

Fuente: Datos FESAL-1998

CUADRO 3

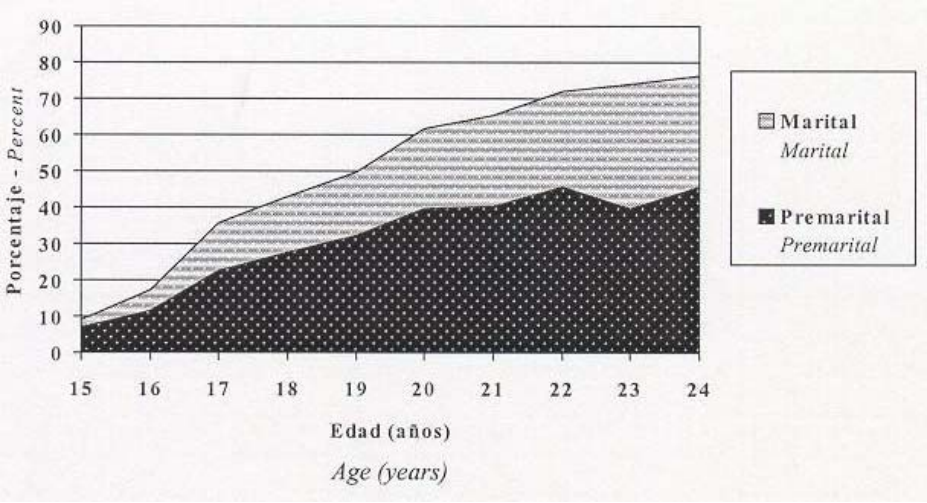
Proporción de adolescentes que han tenido al menos un embarazo por ocupación al momento del primer embarazo según nivel socioeconómico. El Salvador. FESAL-98

	Nivel socioeconómico		
Ocupación	**Bajo**	**Medio**	**Alto**
Solo estudia	8.1	23.5	38.4
Solo trabaja	17.4	22.8	28.5
Trabaja y estudia	1.9	5.3	6.0
Ni estudia ni trabaja	72.6	48.5	27.1
N	**1529**	**589**	**193**

Fuente: Datos FESAL-1998

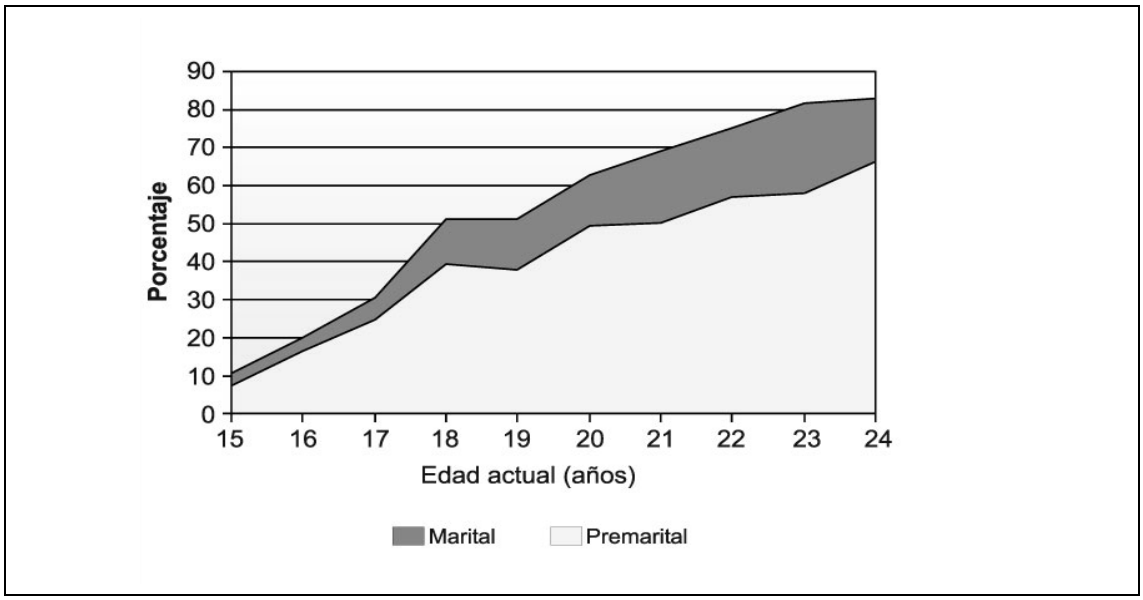
GRAFICO 1

Clasificación de la primera relación sexual por edad actual.
El Salvador. FESAL-1998



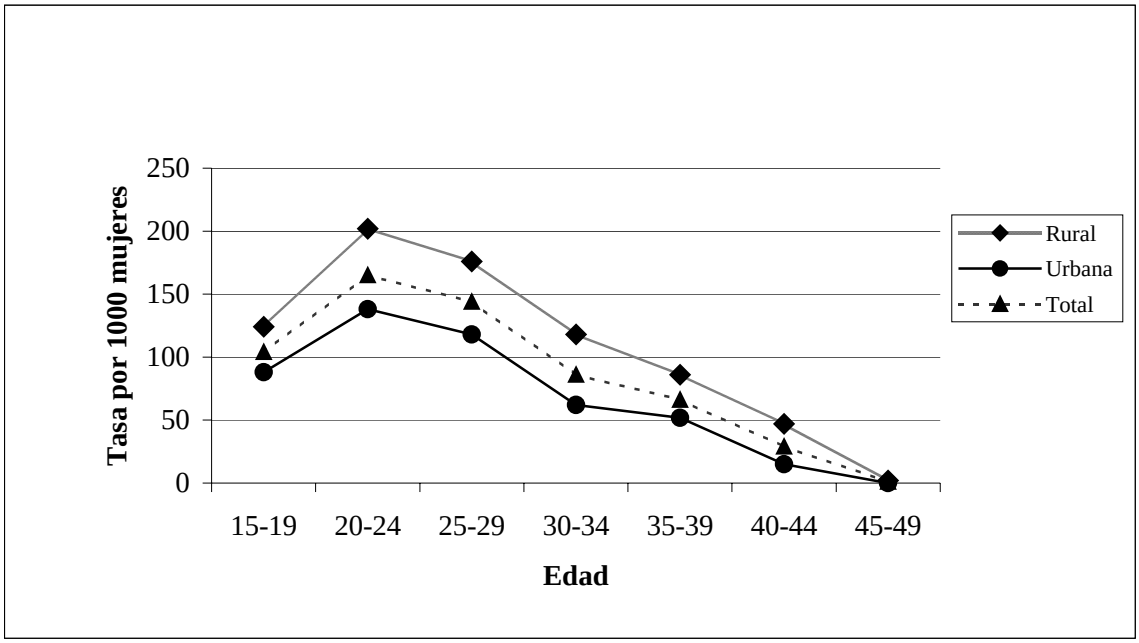
Fuente: Informe final FESAL 98.

GRAFICO 2
Clasificación de la primera relación sexual por edad actual.
El Salvador. FESAL-2003



Fuente: Informe preliminar FESAL-2003

GRAFICO 3
Tasas específicas de fecundidad por edad según área de residencia.
El Salvador. FESAL-2003



Fuente: Informe preliminar FESAL-2003