

Conocimientos,
actitudes y
prácticas (CAP) y su
incidencia
en los derechos
sexuales y derechos
reproductivos



en apoyo a: ORMUSA



**Conocimientos,
actitudes y prácticas
(CAP) que inciden en el
ejercicio y cumplimiento
de los derechos
sexuales y derechos
reproductivos en
El Salvador**

La presente publicación ha contado con el apoyo financiero de la Unión Europea, Healt Poverty Action y Christian Aid. Los contenidos son de exclusiva responsabilidad de ORMUSA y en ningún momento expresan la opinión de la Unión Europea, Healt Poverty Action y Christian Aid.



Créditos

Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) que inciden en el ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población del departamento de La Paz, El Salvador, Copyright © ORMUSA 2018

Coordinación del Estudio

Jeannette Urquilla

Equipo de Investigación

Mayra Francisca Nathaly Bonilla

Mayra Karina Bolaños

Marcos Molina

Edición

Vilma Vaquerano

Marcos Molina

Jorge Vargas Méndez

Diseño de portada

Marcos Molina

Diagramación e Impresión

Impresos Continental S.A. de C.V.

El Salvador, Centro América.

Se autoriza el uso de la información aquí contenida, siempre y cuando se haga la respectiva cita de la fuente. El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de ORMUSA y no refleja en nada el punto de vista de las instituciones cooperantes.

Contenido

Glosario	4
Presentación	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1	7
MARCO REFERENCIAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS	
A NIVEL INTERNACIONAL Y EN EL SALVADOR	7
1.1 Marco conceptual.....	7
1.2 Compromisos internacionales.....	9
1.3 Marco normativo nacional.....	12
CAPÍTULO 2	14
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	14
CAPÍTULO 3	15
METODOLOGÍA	15
3.1 Técnicas de investigación	15
3.2 Descripción de los municipios de intervención	17
CAPÍTULO 4	19
RESULTADOS DE LA ENCUESTA CAP	19
4.1 Características sociodemográficas de la población encuestada	19
4.2 Conocimientos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos.....	20
4.3 Actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales Reproductivos	30
4.4 Prácticas sobre la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales Reproductivos.....	46
4.5 Resultado de grupos focales con actores institucionales	53
CAPÍTULO 5	58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1 Conclusiones.....	58
5.2 Recomendaciones	60
Referencias bibliográficas	62

Glosario

AMSATI	Asociación Agropecuaria Mujer Produciendo la Tierra
ASAFOCAIS	Asociación Salvadoreña para la Formación y Capacitación Integral Sostenible
ASPS	Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud
APROCSAL	Asociación de Promotores y Promotoras Comunales Salvadoreñas
CAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas
CA	Christian Aid
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
CONNA	Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
PDDH	Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
DIU	Dispositivo Intrauterino
EIS	Educación Integral de la Sexualidad
FB	Facebook
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FNS	Foro Nacional de Salud
GOES	Gobierno de El Salvador
HSH	Hombres teniendo Sexo con Hombres
HPA	Health Poverty Action (Acción contra la Pobreza)
ITS	Infección de Transmisión Sexual
IVU	Infecciones de Vías Urinarias
ISDEMU	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
LGBTI	Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales.
MELA	Método de la Amenorrea de la Lactancia
MINED	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
MSSR	Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana para la Salud
ORMUSA	Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz
PF	Planificación Familiar
PNC	Policía Nacional Civil
PRS	Primera Relación Sexual
RS	Relación Sexo-coital
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
TEF	Tasa Específica de Fecundidad
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Presentación

La Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA) presenta los resultados del estudio Conocimiento, actitudes y prácticas que inciden en el ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos en El Salvador *en el marco del proyecto: "Derechos de Salud reproductiva para mujeres indígenas y marginadas de Centroamérica"*, financiado por la Unión Europea, Health Poverty Action y Christian Aid.

El presente estudio no obstante explora el estado de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) y los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) en cinco municipios del departamento de La Paz y se extrapolan los resultados a escala nacional, donde también mediante técnicas documentales y cualitativas se pudo constatar conocimientos, actitudes y prácticas que benefician y en algunos casos obstaculizan la comprensión, vivencia, ejercicio y cumplimiento de los DSDR.

En los cinco municipios se realizó un estudio cuali-cuantitativo a partir de una encuesta a 771 personas adultas, jóvenes y adolescentes, mujeres y hombres. El objetivo principal es obtener información sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) desde los enfoques de género e inclusión, con el fin de generar información que sirva de base para nuevas investigaciones, así como para sustentar políticas, programas, proyectos y acciones encaminadas a mejorar y garantizar el goce, ejercicio y cumplimiento de los DSDR de la población en los municipios y en

todo el país por parte de instancias públicas como el MINSAL, gobiernos locales, asociaciones locales de mujeres y jóvenes y organizaciones de desarrollo y defensoras de derechos humanos, como el caso de ORMUSA, entre otras.

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva es uno de los principales componentes del derecho a la salud que contiene los atributos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la Salud Sexual y Reproductiva, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las desigualdades de género, integralidad que sobrepasa la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva; por ello, es imprescindible que el Estado salvadoreño impulse programas de Educación Sexual Integral y que facilite un diálogo nacional sobre el pleno derecho de todas las personas a una práctica sexual satisfactoria y equitativa en el marco de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

Queda pues en sus manos este documento que esperamos permita una mejor aproximación al conocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población salvadoreña y que al mismo tiempo constituya un valioso insumo para las instituciones y personas interesadas en profundizar en la temática. Reiteramos, asimismo, nuestro agradecimiento a las instituciones cooperantes, pues sin su decisivo apoyo la realización y publicación de esta investigación no habría sido posible.



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud sexual y reproductiva como la condición en la cual se logra el proceso sexual y reproductivo en un estado de completo bienestar, físico, mental y social tanto para hombres como mujeres en edad fértil, sus parejas y las hijas o hijos que habrán de procrear, lo cual, en otras palabras, implica el pleno ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, mismos que están fuertemente determinados por el conocimiento que se tiene de dichas prerrogativas y de la sexualidad humana, así como también por las actitudes y prácticas sexuales que obviamente no escapan de los influjos procedentes del entorno cultural.

De ahí que esta investigación realizada por ORMUSA tiene como propósito obtener una fotografía de la cultura local y nacional en torno a la sexualidad y los imaginarios que giran en torno a ella directamente desde la población y el funcionariado público, así como de las políticas públicas y los programas destinados a garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos desde los enfoques de género e inclusión con énfasis en mujeres, adolescentes y jóvenes.

Este estudio se estructura en cinco capítulos. En el Capítulo 1 se presenta una recopilación conceptual y de los compromisos nacionales e internacionales en materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Es a la luz de esos instrumentos internacionales que en 2002 la misma OMS señala que “los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros acuerdos de consenso, que son parte integral e indivisible de los derechos humanos universales”, lo cual tuvo junto a otros instrumentos como la Convención para la Eliminación sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará), su correlato en la formulación de algunos instrumentos nacionales como la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres (LEIV) en 2010 y la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de toda discriminación contra las mujeres (LIE) en 2011.

En el Capítulo 2 se hace una reseña de los antecedentes y objetivos de la investigación, tomando como base la

experiencia acumulada de ORMUSA en la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos con enfoque de género e inclusión.

En cuanto al Capítulo 3, este presenta la metodología empleada que incluyó la elaboración de un instrumento para conocer e identificar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSDR), a partir de la comprensión de las dinámicas y estilos de vida de la población encuestada en relación a la sexualidad humana, considerando desde luego sus características socioculturales.

Para ello se seleccionó una muestra dirigida de 771 personas adultas y jóvenes, pero además se realizó un grupo focal con representantes de diversas instituciones públicas: Ministerio de Salud (MINSAL), alcaldías, asociaciones de mujeres y jóvenes, entre otras.

En el Capítulo 4 se realiza el análisis de los hallazgos obtenidos a través de la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Es aquí donde se muestra la proporción de personas encuestadas que conoce o desconoce sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, así como la visión y práctica de su sexualidad: ¿Conoce o desconoce sobre tales prerrogativas? ¿Qué sabe sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)? ¿De quiénes han aprendido sobre la sexualidad? ¿En qué medida aporta al conocimiento de la sexualidad humana la educación? Entre otras interrogantes más que gradualmente hacen posible que la temática abordada se muestre como un vitral de enigmática policromía.

Finalmente, y como resultado del apartado anterior, en el Capítulo 5 se exponen las conclusiones y recomendaciones del estudio realizado. Entre las conclusiones destaca una que puede advertirse entre líneas: en el país urge una deconstrucción sociocultural en materia de sexualidad. En consecuencia, algunas de las recomendaciones están dirigidas a instituciones estatales como el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, entre otras, cuya labor debe ser articulada entre sí, esto es, se requiere de una coordinación interinstitucional. Y todo ello tomando como base los enfoques de inclusión, derechos humanos y de género.

CAPÍTULO 1

1. Marco referencial de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a nivel internacional y en El Salvador

1.1 Marco conceptual

Una de las primeras aproximaciones a los Derechos Sexuales y Reproductivos puede encontrarse en la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, desarrollada en Teherán en 1968 (Proclama de Teherán). Posteriormente, en las Conferencias de Población de Bucarest 1974 y México de 1984, se recogieron ideas básicas de los derechos reconocidos a las parejas y los de las personas relativos a la decisión “libre y responsable” sobre el número de hijos e hijas. El énfasis se centró en aspectos demográficos, más que en una concepción de derechos. El derecho se amplía: desde las parejas al nivel individual, lo que marca un avance. Particularmente, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de (El Cairo, 1994), conceptualiza la salud reproductiva como una categoría que replantea la forma de analizar la salud y la reproducción. Puede considerarse como uno de los aportes significativos de esta Conferencia el llamado realizado a los hombres para asumir una conducta sexual responsable, así como a participar en todas las esferas de la vida familiar, el cuidado de los hijos e hijas y las labores domésticas.

De tal forma que estos derechos tienen su sustento en instrumentos internacionales como La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y otros posteriores¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 2002 que “los derechos sexuales abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros acuerdos de consenso, que son

parte integral e indivisible de los derechos humanos universales”. Entre los derechos sexuales se incluye el derecho de todas las personas a vivir libres de coerción, discriminación y violencia, y a tener el mayor estándar de salud posible; respeto a la integridad corporal; buscar, recibir e impartir/compartir información en relación a la sexualidad; decidir tener o no tener hijas o hijos; la elección de pareja; el derecho de la persona a decidir ser o no sexualmente activa; al ejercicio de una vida sexual placentera, satisfactoria y segura; educación sexual; y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Explica la *salud sexual* como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), define que “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo. Considera la *salud reproductiva* como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”². Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la salud sexual como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”³.

1. La Proclama sobre Derechos Humanos Teherán, 1968; La Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria, 1978. Las Declaraciones de las Conferencias de Población de Roma, 1954; Belgrado, 1965; Bucarest, en 1974; México, 1984; y la Conferencia de El Cairo, 1994
2. Tomado de <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>
3. Tomado de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

- Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Detalla que “La promoción del ejercicio responsable de esos derechos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”. La Plataforma de Acción recuerda en su párrafo 97, que “En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. La responsabilidad compartida por la mujer y el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer”.

- Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Prioriza el fomento de salud y bienestar en la vejez; y el goce pleno del derecho a contar con acceso a la atención preventiva y curativa incluida la rehabilitación y los servicios de salud sexual.

Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva de El Salvador.

SALUD SEXUAL “La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, 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). De estos conceptos surge el doble enlace existente entre salud y sexualidad. No se concibe el logro de la salud integral de las personas sin el desarrollo pleno y armónico de su sexualidad. Tampoco es posible su ejercicio pleno y satisfactorio, si existen situaciones que afectan la salud de las personas en el plano somático, psicológico y social.

SALUD REPRODUCTIVA “La 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 y 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.

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.

1.2. Compromisos internacionales

El Salvador ha adquirido diferentes compromisos en el concierto internacional en materia de salud sexual y salud reproductiva, así como de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población salvadoreña, entre ellos están:

- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Esta Convención fue ratificada por El Salvador, en 1981. El Artículo 12 indica que: 1) Los Estados Partes adoptarán 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 acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2) Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. En la recomendación 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, se llama a eliminar todas las formas de violencia de género contra las mujeres; asimismo, la recomendación General No. 24 hace referencia a la atención en salud diferenciada para mujeres y hombres de acuerdo a los factores biológicos, socio económicos, psicosociales y el respeto a la confidencialidad.

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará).

Ratificada en El Salvador en 1995, define que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito privado y público,

incluyendo, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar (Art. 2). Consagra el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación y el derecho a una vida libre de violencia.

Declaración Ministerial Prevenir con Educación

La Declaración es acordada por ministros y ministras de Educación y Salud de América Latina y El Caribe, en la Ciudad de México, en el marco de la XVII Conferencia Internacional del SIDA, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal⁴.

En sus considerandos se destaca, entre otros los siguientes:

2.3. La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida. La niñez y adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y de los países, por lo que es necesario proporcionar una educación de calidad que incorpore la educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura.

2.4. Las relaciones desiguales de género y entre grupos de edad, las diferencias socioeconómicas y culturales, y las orientaciones e identidades sexuales individuales, al asociarse con factores de riesgo, propician situaciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por el VIH/ITS.

2.5. Un porcentaje considerable de las personas jóvenes inicia su vida sexual a edades tempranas y en la mayoría de estos encuentros sexuales no se utiliza protección para prevenir infecciones sexualmente transmisibles.

2.6. La educación integral en sexualidad desde la infancia favorece la adquisición gradual de la información y de los conocimientos necesarios para el desarrollo de las habilidades y de las actitudes apropiadas para vivir una

4. Declaración Ministerial Prevenir con Educación. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago), Junio 2010.

vida plena y saludable, así como para reducir riesgos en materia de salud sexual y reproductiva.

2.7. La evidencia científica ha demostrado que la educación integral en sexualidad, que incluye medidas de prevención del VIH/ITS –como el uso del condón masculino y femenino en forma correcta y consistente, el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento integral de ITS y la disminución en el número de parejas sexuales– no acelera el inicio de actividad sexual, ni la frecuencia de las relaciones.

2.8. La evidencia científica muestra que la educación sexual integral que incluye información sobre diferentes métodos de prevención y fomenta el autocuidado promueve entre aquellos que aún no han iniciado la actividad sexual la autonomía individual y por tanto la capacidad de los jóvenes para decidir cuándo iniciar la actividad sexual.

Las Ministras y Ministros acordaron, entre otras medidas las siguientes:

3.1. Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo. Para que estos esfuerzos sean sustentables y sostenibles, se fortalecerá la cooperación entre ambos sectores mediante mecanismos formales de planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas, así como mediante la vinculación con otros sectores.

3.2. La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente.

Esta educación incluirá aspectos éticos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como

temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales conforme al marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.

Consenso de Montevideo sobre población y Desarrollo

En agosto de 2013⁵ se llevó a cabo la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y El Caribe, realizada en Montevideo Uruguay, en la cual se acordó El Consenso de Montevideo y plantea entre otras, algunas medidas prioritarias relativas a:

B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

9. Invertir en la juventud, a través de políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso, especialmente en la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad, para lograr que sea una etapa de vida plena y satisfactoria, que les permita construirse a sí mismos como personas autónomas, responsables y solidarias, capaces de enfrentar creativamente los retos del siglo XXI;

11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;

12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos

5. Consenso de Montevideo sobre población y Desarrollo, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. CEPAL, 2013.

anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual;

13. Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes;

14. Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos;

15. Diseñar estrategias intersectoriales dirigidas a ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia, incluida la atención prenatal, del parto y posparto, el acceso a métodos anticonceptivos, a las acciones de protección y asistencia y a la justicia;

16. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una sana convivencia y una vida libre de violencia, mediante estrategias intersectoriales que incluyan actuar sobre los determinantes que dificultan la convivencia y promueven la violencia, que brinden una formación que promueva la tolerancia y el aprecio por las diferencias, el respeto mutuo y de los derechos humanos, la resolución de conflictos y la paz desde la primera infancia, y aseguren la protección y el acceso oportuno a la justicia de las víctimas y la reparación del daño;

El mismo Consenso de Montevideo en su capítulo D, numerales del 33 al 46, relativos al **Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva** los cuales se citan íntegramente por ser parte de la materia de estudio, plantea las medidas prioritarias siguientes:

33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia;

34. Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva;

35. Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;

36. Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación;

37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;

38. Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual,

y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus;

39. Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus;

40. Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños;

41. Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres;

42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos;

43. Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida;

44. Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en

evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia;

45. Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias;

46. Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.

1.3 Marco normativo nacional

- Constitución de la República de El Salvador

Artículo 3.- Todas las personas son iguales ante la Ley. Para el goce de los derechos que este principio implica, no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión. Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

- Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres.

Art. 26.- Igualdad y no discriminación en la Atención a la Salud Integral y a la Salud Sexual y Reproductiva. El Estado adoptará la transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud. El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, la salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el

derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral.

- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA).

Artículo 32.- Salud sexual y reproductiva. Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre.

- Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres

Artículo 2.- Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia comprende ser libres de toda forma de discriminación, ser valoradas y educadas libres de patrones estereotipados de comportamiento, prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación. Así mismo, se refiere al goce, ejercicio y protección de los derechos humanos y las libertades consagradas en la Constitución y en los instrumentos Nacionales e Internacionales sobre la materia vigente.

- Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Art. 1.- El objeto de esta ley es prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y establecer las obligaciones de las personas portadoras del virus y definir de manera general la Política de Atención Integral ante el VIH/sida. Además, garantiza los derechos individuales y sociales de las personas viviendo con el VIH/sida. Establece entre sus principios rectores (Artículo 2): la no discriminación, confidencialidad, continuidad, integridad, calidad, calidez, equidad, información y la corresponsabilidad; sin perjuicio de los derechos establecidos en la Constitución y en los tratados internacionales en materia de salud y derechos humanos suscritos y ratificados por El Salvador.

- Política de Salud Sexual y Reproductiva

En 2012, el Ministerio de Salud⁶ aprobó la Política de Salud Sexual y Reproductiva. Entre las líneas de acción, la Política incorporó a poblaciones tradicionalmente excluidas como personas con discapacidad, que viven con VIH y por orientación sexual, entre otras. Además, la Política ha buscado integrar un enfoque de derechos humanos bajo el ejercicio de los mismos a través de la construcción de ciudadanía, integralidad y corresponsabilidad del Estado y sociedad civil. A finales de 2013, el Ministerio de Salud lanzó el Plan para la Implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva⁷, que establece como objetivo: garantizar el acceso sostenible a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la SSR teniendo como base la atención primaria de salud integral a toda la población salvadoreña, basándose en enfoques de inclusión, género y derechos, teniendo 8 objetivos específicos sobre temas de corresponsabilidad y participación en la educación y su promoción, según el Plan de Implementación de la Política.

Además, se plantea garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo de vida, a toda la población salvadoreña; fortalecer 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.

En ese sentido, el Plan quinquenal de gobierno 2014-2019, define en su objetivo 4: "Asegurar gradualmente a la población salvadoreña el acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad"; el Plan establece que uno de los principales desafíos es la especialización y universalización de los servicios de salud, lo que incluye a la SSR para poblaciones prioritarias como juventud, personas adultas mayores, con discapacidad y población LGBTI; siendo el reto más grande e importante la reducción de los embarazos en adolescentes.

⁶ http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/Politica_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf.

⁷ Orden Ministerial N°278, Ministerio de Salud del Gobierno de El Salvador.

CAPÍTULO 2

2. Objetivos del estudio

Uno de los cuatro ejes programáticos de la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA), es el componente de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, reflexionado que estos derechos son interdependientes y prioritarios para el bienestar y desarrollo de la población salvadoreña, particularmente para las mujeres y adolescentes. Sin embargo, en El Salvador como en otros países, muchas personas desconocen que la sexualidad y en general, los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos fundamentales, así como que la comprensión y el respeto a la diversidad y a las diferencias sexuales es necesaria para garantizar una convivencia social armónica y pacífica. En general, la población adquiere conocimientos estereotipados, limitados y alejados del conocimiento científico y laico sobre la sexualidad, matizados además por una visión patriarcal, heterosexual y machista.

El Programa de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para una Ciudadanía Inclusiva de ORMUSA, busca visibilizar dichos derechos y promoverlos de manera prioritaria entre la población salvadoreña contribuyendo con ello a cerrar las brechas de la represión, desigualdad, exclusión, desinformación y tabúes imperantes en la cultura salvadoreña respecto a la sexualidad, con particular interés en promover cambios y empoderamiento entre las mujeres, adolescentes y jóvenes. ORMUSA también trabaja por lograr el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de las personas titulares de obligaciones.

El sondeo de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en salud sexual y salud reproductiva (SSSR) y derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) de la población en cinco municipios del departamento de La Paz: San Pedro Masahuat, El Rosario, Olocuilta, Santiago Nonualco y Zacatecoluca, donde se implementan acciones del Proyecto “Derechos de salud reproductiva para mujeres indígenas de Centro

América”, pretende identificar y hacer un análisis diferencial de las necesidades e intereses de diversos grupos poblacionales, especialmente de aquellos históricamente excluidos por razones de discapacidad, identidad y expresión de género u orientación sexual, y los resultados buscan convertirse en evidencia que permita la incidencia en instituciones como el Ministerio de Educación (MINED) y el Ministerio de Salud (MINSAL).

2.1 Objetivos

Objetivo General:

Obtener información cualitativa y cuantitativa a partir de un sondeo sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, desde los enfoques de género e inclusión.

Objetivos específicos:

1. Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de la población, en áreas claves de la Salud Sexual y Salud Reproductiva; Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; particularmente sobre violencia por razones de género, violencia sexual y planificación familiar.
2. Identificar actitudes y prácticas protectoras y de riesgo desde la población objetivo respecto a la SSR y DSDR, incluyendo elementos que constituyen sexismo, mitos, creencias y estereotipos.
3. Conocer actitudes y prácticas desde las instituciones tomadoras de decisiones y garantes de la SSR y DSDR de la población adolescente, joven y de mujeres, así como de la población adulta.
4. Generar recomendaciones a partir del análisis sobre políticas públicas, planes y programas encaminados a la garantía de la SSR y DSDR de la población salvadoreña desde los enfoques de género e inclusión con énfasis en mujeres, adolescentes y jóvenes.

CAPÍTULO 3

3. Metodología

3.1. Técnicas de investigación

La realización del presente estudio contó con un diseño metodológico cuantitativo y cualitativo; además de un enfoque participativo y de género que permita comprender y contribuir al aprendizaje institucional, organizativo y comunitario sobre la intervención social que realiza ORMUSA en las comunidades que participan en el proyecto “Derechos de salud reproductiva para mujeres indígenas y marginadas de Centroamérica”. Incluyó una encuesta a población adulta y adolescente en municipios del departamento de La Paz: Olocuilta, El Rosario, San Pedro Masahuat, Santiago Nonualco y Zacatecoluca y fue realizada en 2017.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue la encuesta CAP, esta fue previamente validada por el equipo técnico del Proyecto y representantes de ORMUSA, a fin de asegurar su confiabilidad y comprensión. Se diseñó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, dividido en nueve áreas: 1) datos socioeconómicos; 2) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; 3) Primera relación sexual; 4) Relaciones sexuales a lo largo de la vida; 5) Educación Integral de la Sexualidad; 6) Crecimiento y desarrollo; 7) Violencia de Género y violencia Sexual; 8) ITS y 9) Atención en SSR de las mujeres y hombres.

La encuesta es una técnica de recolección de datos por medio de la aplicación de un cuestionario a una muestra de personas. Por medio de esta técnica, se pueden conocer las opiniones, actitudes y comportamientos de quienes responden la encuesta; el cuestionario es un instrumento para recolectar los datos que consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Sampieri, et al., 2006: 217).

Encuestas CAP

La encuesta CAP descubre el proceso por medio del cual el conocimiento (C), actitudes (A) y prácticas (P) se transforman en estilos de vida o comportamientos en una población; y como tienen conductas tanto a nivel individual y colectivo en razón de prácticas de auto-cuidado y las que impiden a otras realizarlo. Los estudios tipo CAP han sido utilizados en diversos temas o áreas de salud, en la creación de diagnósticos que permitan a instituciones y organizaciones obtener y ofrecer información para futuras intervenciones y desarrollo de programas en áreas de salud y derechos humanos. Los estudios de encuestas CAP y sondeos ayudan a comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar programas más eficaces y pertinentes⁸.

Se han identificado como determinantes del comportamiento de salud: los conocimientos, la influencia social, experiencias, autoconfianza, los hábitos, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio. Existen teorías que consideran que un conocimiento es necesario para la influencia en la actitud y que ello conduce a cambios en la salud. Otros modelos sugieren la existencia de cambios de comportamiento de la salud por influencia social o por las experiencias que modifican la actitud y por ende, transforman el comportamiento. Desde la propuesta de la encuesta CAP, se busca la identificación y evaluación de tres aspectos: Conocimiento (Knowledge), Actitudes (Attitudes) y Prácticas (Practices). El *conocimiento* es la comprensión de cualquier tema dado, es la capacidad intelectual de recordar terminología relacionada a una información específica y hechos. Hace referencia a datos precisos sobre los que se basa una persona para decidir conductas; es decir, lo que se debe o puede hacer frente a una situación partiendo de principios teóricos y/o científicos⁹.

⁸ Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Inquiry based on knowledge, attitudes & practices in women's reproductive health: some insights from research. Laza Vásquez, C. y Sánchez Vanegas, G. <http://revistas.um.es/global/article/view/141371/133691>

⁹ Idem

Por otra parte, la *actitud* de acuerdo a los autores Laza Vásquez y Sánchez Vanegas (2012) de la revista Enfermería Global, la actitud “es una forma de ser, una postura de tendencias, de disposiciones. Se trata de una variable intermedia entre la situación y la respuesta a dicha situación; permite explicar cómo un sujeto sometido a un estímulo adopta una determinada práctica y no otra”. Es una predisposición aprendida no innata al reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situación, etc.). Explican ambos autores que “*las prácticas o los comportamientos* son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, la acción”. Los dos términos son intercambiables, aunque la práctica tiene una connotación de larga duración o comportamiento comúnmente practicada. Por tanto, las prácticas se pueden considerar que son reacciones u actuaciones recurrentes en las personas; también pueden ser definidos como hábitos, los cuales establecen una respuesta para una situación determinada.

Muestra

Se administró un total de 771 encuestas a personas residentes de los municipios de intervención, desglosadas como se detalla a continuación: 250 encuestas de mujeres adultas, 131 de hombres adultos, 195 de adolescentes mujeres y 194 de adolescentes hombres¹⁰. Tomando en cuenta la población de cada

municipio se realizó un cálculo aleatorio y se obtuvo la siguiente distribución por municipio y sexo, tal como se aprecia en la Tabla No. 1. La selección de la muestra obedeció a dos criterios: vivir en los municipios involucrados en el estudio y que han tenido alguna relación con ORMUSA; para la población adolescente se requirió que estudiaran y vivieran en los municipios incluidos en el estudio, previo a su participación, se solicitó su consentimiento firmado. Todas las personas respondieron de manera libre y voluntaria.

La encuesta incluyó alrededor de 100 preguntas para la población adulta, y para adolescentes, se adicionaron algunas relacionadas al uso de las redes sociales.

Grupos focales

El grupo focal es una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semi-estructurada, que gira alrededor de una temática específica (Escobar y Bonilla-Jiménez, s.f.).

Se realizaron dos grupos focales con actores claves que trabajan el tema de SSR dentro del territorio del departamento de La Paz; y otro, con personal técnico de las instituciones que forman parte de la Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva del Foro Nacional de Salud (MSSR-FNS). En este grupo focal participaron representantes de la Asociación Salvadoreña para la Formación y Capacitación Integral Sostenible

Tabla N°1. Población encuestada según auto-identificación con sexo asignado, identidad y municipio.

Municipio	Género		Identidad	
	Mujer	Hombre	TRANS	
			Mujer	Hombre
Olocuilta	83	58	1	4
Rosario de La Paz	97	83	5	-
San Pedro Masahuat	90	52	-	-
Santiago Nonualco	83	83	2	-
Zacatecoluca	61	54	-	-
No mencionaron municipio	21	5	-	-

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

¹⁰ Existe una encuesta donde la persona entrevistada no definió su género ni otros datos personales dentro de la misma.

Tabla No. 2. Participantes durante el desarrollo de la fase de campo en grupos focales.

Institución/ comunidad	Cargo	Género	
		Mujer	Hombre
Ministerio de Salud (MINSAL)	Enfermera, supervisor de SIBASI, promotor de salud.	1	2
Alcaldías	Responsable de la Unidad de Género, de la Niñez y la Adolescencia; y de las mesas de prevención de violencia.	3	0
Policía Nacional Civil (PNC)	Jefe de delegación de PNC.	0	1
Casa de la Cultura (Secretaría de Cultura)	Director de Casa de la Cultura de Santiago Nonualco.	0	1
Asociaciones de mujeres y jóvenes locales	Integrantes de asociaciones de mujeres y miembro de Asociación de jóvenes.	3	1
Grupo focal con la Mesa de SSR – Foro Nacional de Salud (FNS)	Técnicas de las instituciones integrantes de la mesa de FNS que trabajan la temática de SSR en los territorios.	11	3

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

(ASAFOCAIS), Asociación de Promotores y Promotoras Comunales Salvadoreños (APROCSAL), Asociación Salvadoreña Promotora de la Salud (ASPS), Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW), Asociación Agropecuaria “Mujeres Produciendo en la Tierra” (AMSATI) y Representantes del Foro Nacional de Salud (FNS). La tabla 2 muestra la distribución de participantes de los grupos focales y en las encuestas realizadas:

3.2 Descripción de los municipios de intervención

La Paz es uno de los catorce departamentos de la República de El Salvador, está situado en el sector centro-sur del país. Su cabecera departamental es la ciudad de Zacatecoluca. Los cinco municipios involucrados en la encuesta son Olocuilta, Rosario de la Paz, San Pedro Masahuat, Santiago Nonualco y Zacatecoluca, se localizan en las estribaciones de la cordillera Central (La Libertad- San Salvador- San Vicente) desde los 103 a 500 metros sobre el nivel

Departamento de La Paz y sus Municipios, El Salvador



del mar. El portal de municipios de El Salvador brinda algunos datos sobre el territorio donde se ejecuta el proyecto¹¹.

Zacatecoluca comprende 45 cantones y 114 caseríos. Tiene una extensión territorial de 321.30 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 67 mil habitantes y se encuentra a 220 metros de altura sobre el nivel del mar.

San Pedro Masahuat está dividido en 17 cantones y 41 caseríos. Tiene una extensión territorial de 121.39 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 26 mil habitantes y se encuentra a 203 metros de altura sobre el nivel del mar.

Rosario de La Paz incluye 4 cantones, 35 caseríos. El Rosario tiene una extensión territorial de 45.64 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 17 mil habitantes y se encuentra a 103 metros de altura sobre el nivel del mar.

Olocuilta está estructurado en 11 cantones y 43 caseríos. Tiene una extensión territorial de 89.68 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 30 mil habitantes y se encuentra a 500 metros de altura sobre el nivel del mar.

Santiago Nonualco se encuentra dividido en 12 cantones y 100 caseríos, tiene una extensión territorial de 121.51 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 40 mil habitantes y se encuentra a 150 metros de altura sobre el nivel del mar.

Ubicación de los 5 municipios del departamento de la Paz involucrados en el estudio

El clima es templado húmedo en la zona montañosa, con lluvias que superan los 2,000 mm al año y cálido y semihúmedo en los valles septentrionales y, el centro. La flora está representada por especies típicas del bosque húmedo tropical y húmedo subtropical, como

cedro, bálsamo, copinol, cortez negro, mangle negro, palo blanco, conacaste y morro.

La economía de estos municipios se fundamenta en las actividades agropecuarias; principalmente, cultivos de café, tabaco, caña de azúcar, yuca, mangle, palmera, frutas tropicales, cítricos y hortalizas, junto con la cría de ganado vacuno, porcino y aves de corral. La actividad industrial, que se desarrolla principalmente en los municipios de Zacatecoluca y Olocuilta, se basa en la producción de derivados agropecuarios, sobre todo de lácteos, refinamiento de azúcar y manufactura de implementos agrícolas, muebles y artesanías.

La DIGESTYC estima que la población de los cinco municipios, al año 2016, es de 206,360 personas, lo que equivale al 57.92% del total de población del departamento de La Paz¹², que totaliza 356,267 habitantes.

En estos municipios, ORMUSA impulsa desde 2009, diferentes acciones de empoderamiento de la población, incluyendo el fortalecimiento organizativo de mujeres y jóvenes, elaboración e impulso de Políticas Municipales de Género, diversos proyectos de desarrollo dirigidos a las mujeres y de ayuda humanitaria durante desastres provocados por inundaciones, fenómenos muy frecuentes en esta zona.

Tabla No. 3. Población encuestada, según género y municipio.

Año	Municipio	Población total	Mujeres	Hombres
2017	Zacatecoluca	70,988	37,396	33,721
	Rosario de la Paz	22,539	11,721	10,818
	San Pedro Masahuat	29,996	15,457	14,539
	Santiago Nonualco	44,664	23,143	21,521
	Olocuilta	38,173	19,952	18,221
	Totales	206,360	107,669	98,820

Fuente: Elaboración propia tomando como base las estimaciones y proyecciones de población. DIGESTYC 2014.

¹¹ <http://www.municipiosdeelsalvador.com/>

¹² El Salvador: Estimaciones y Proyecciones de Población Municipal 2005 – 2025, DIGESTYC- UNFPA-CELADE, San Salvador, El Salvador, septiembre 2014.

CAPÍTULO 4

4. Resultados de la encuesta CAP

4.1 Características sociodemográficas de la población encuestada

Del total de 771 personas que respondieron a la pregunta de sexo asignado al nacer: 435 son mujeres y 335 hombres; se identificaron 24 personas con discapacidad (11 hombres y 13 mujeres); como personas transgénero, respondieron ocho mujeres y cuatro hombres. Respecto a la orientación sexual, 12 afirmaron ser bisexuales (nueve hombres y tres

mujeres); como población heterosexual (429 fueron mujeres y 314 hombres); en la homosexual, se registran tres mujeres y 12 hombres. A continuación, se resume las características de las personas participantes según sus edad, sexo y orientación sexual.

La Tabla No. 4 muestra que en general el 96.36% de la población se define heterosexual, especialmente las personas mayores de 60 años de los cuales solo una persona del sexo masculino dijo ser gay; el 1.94% dijo ser homosexual (entiéndase lesbianas para mujeres) y el 1.6%, expresó ser bisexual.

Tabla No. 4. Población encuestada según rango de edad, género y orientación sexual.

Rango de Edad	Género		Orientación sexual					
	Mujer	Hombre	Homosexual	Lesbiana	Bisexual		Heterosexual	
					Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
12-19 años	195	194	1	2	2	7	191	186
20-59 años	185	119	10	1	1	2	183	107
60 años en adelante	22	55	1	0	0	0	55	21
Total	402	368	12	3	3	9	429	314

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla No. 5. Población encuestada según género, zona de residencia, nivel de escolaridad, religión y condición de ocupación.

Género	Zona de residencia		Nivel de estudios						Religión*			Empleo actualmente	
	Urbano	Rural	Otros estudios u oficio	1° ciclo	2° ciclo	3° ciclo	Bachillerato	Universidad	Católica	Cristiana no católica	Ninguna	Sí	No
Mujer	159	276	5	52	111	198	49	20	230	155	49	73	362
Hombre	136	199	7	14	49	174	61	30	158	112	65	108	227
Total	295	475	12	66	260	372	110	50	388	267	114	181	589

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Notas: Una sola persona no identificó sexo ni municipio de procedencia. * Una participante femenina no respondió sobre su religión.

La mayor parte de parte de personas encuestadas, pertenecen a la zona urbana y practican la religión católica y se encuentran sin empleo al momento de la encuesta. El 76.4% está sin empleo, frente al 23.6% que si cuenta con uno. En el caso de las mujeres, el 83% dijo no tener empleo.

En torno a la escolaridad, del total de participantes, el 48.24% ha estudiado hasta tercer ciclo de escuela básica; el 14.3% cuenta con estudios de bachillerato y 6.5%, con estudios universitarios.

La Tabla No. 6 muestra que de las 771 personas encuestadas, 505 o el 65.5% dijeron ser solteras; el 15.7% refiere estar acompañada¹³ y el 14.9% casada. Con respecto a la pregunta ¿Con quién vives actualmente?, el 35.5% vive con su papá, mamá y hermanas (os); 192 o el 25.7% vive con su pareja e hijos/hijas y 102 (13.63%) vive con la mamá y hermanos (as).

4.2. Conocimientos sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

De las personas encuestadas, el 33.3% de las mujeres adolescentes respondió “haber escuchado hablar” sobre los derechos sexuales y reproductivos, el 64.1% restante refirió “nunca haber escuchado sobre el tema”. De las mujeres adultas, el 50% dijo “haber escuchado” versus el 48.4% que respondió *nunca haberlo hecho*. Similar situación es el caso de los hombres adolescentes, el 36% de los encuestados *ha escuchado sobre estos derechos*, versus el 63.9% que “nunca los ha escuchado”; y, en el caso de los hombres adultos, el 55.7% refirió “haber escuchado” y el 42% que *nunca*.

De acuerdo a los resultados, las mujeres han escuchado más sobre estos derechos, con respecto a los hombres adultos; a la vez, que estos últimos los recuerdan más con respecto a sus pares adolescentes.

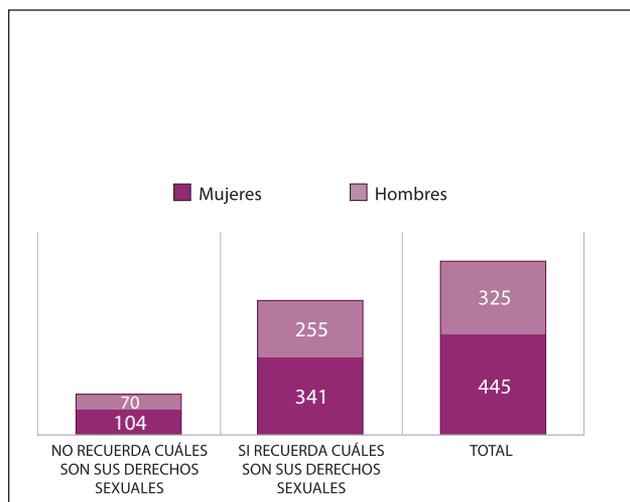
Tabla No. 6. Población encuestada según género, estado familiar y con quién vive.

Género	Estado familiar de la persona encuestada						¿Con quién vives actualmente?*									
	Soltera	Casada	Acompañada	Divorciada	En noviazgo	Viudez	Con abuelo y abuela	Con hermanos (as)	Esposo (a), compañero vida e hijos e hijas	Otros familiares o parientes	Papá, mamá y hermanos (as)	Solo con el papá	Solo con el papá y hermanos (as)	Solo con la mamá	Solo con la mamá y hermanos (as)	Solo
Mujer	263	80	73	2	7	10	15	4	156	38	120	3	5	29	52	5
Hombre	242	35	48	0	8	2	14	1	36	9	153	7	13	19	50	18
Total	505	115	121	2	15	12	29	5	192	47	273	10	18	48	102	23

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Notas: Se registró una sola persona que no indicó su género ni su municipio de procedencia.* La pregunta ¿Con quién vives actualmente? No fue respondida por 8 mujeres encuestadas y 15 hombres.

¹³ En El Salvador se llama acompañada a una persona que se encuentre en una relación de hecho o unión no matrimonial, reconocida en el Estado familiar de conviviente.

Gráfico N° 1. Población encuestada según género y si recuerda o no sus derechos sexuales.

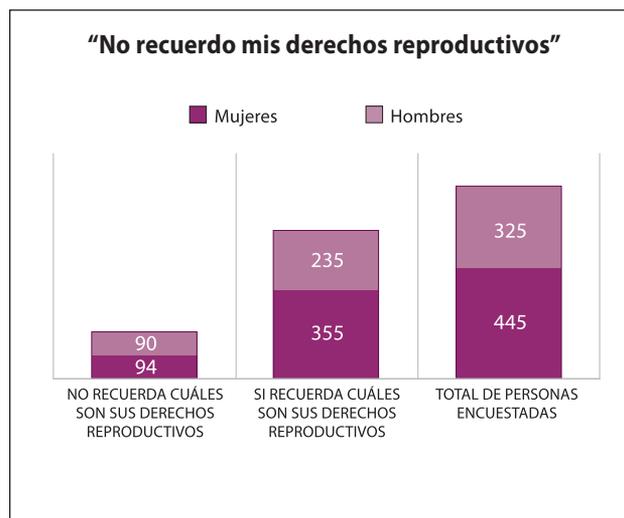


Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

El Gráfico No.1 destaca que de las 445 mujeres encuestadas, 104 respondieron “no recordar sus derechos sexuales”, entre ellas hay 39 adolescentes; de los 325 hombres encuestados, 70 no los recuerdan, 28 de ellos son adolescentes. Así, el 23.4% del total de mujeres encuestadas y el 21.5% del total de hombres no recuerdan sus derechos sexuales. Entre los derechos sexuales más mencionados, se encuentran: derecho a cuidarse y protegerse; derecho a tener pareja y número de parejas; derecho a la libertad sexual y a la libre asociación sexual; tener relaciones sexo coitales con consentimiento y derecho a que una mujer deba cuidarse y protegerse.

En cuanto a los derechos reproductivos, el Gráfico No.2 ilustra que de las 445 mujeres encuestadas, 94 respondieron “no recordarlos”, incluidas 54 adolescentes; entre los hombres encuestados, 90 de un total 325 respondieron “no recordarlos”, incluidos 39 adolescentes. En total, el 21.1% de mujeres encuestadas no recuerda sus derechos reproductivos y entre los hombres es el 27.7%. Se resalta que entre los derechos reproductivos más mencionados y reconocidos en las encuesta están: derecho a decidir cuántos hijos o hijas tener; derecho a planificar una familia; derecho a procrear; derecho a recibir atención en salud para

Gráfico N°2. Población encuestada según género y si recuerda o no sus derechos reproductivos.

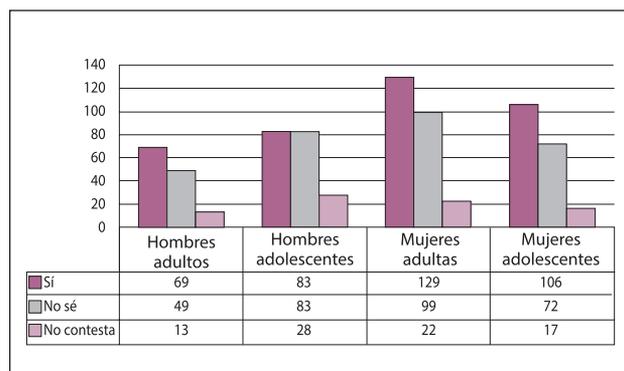


Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

mujeres embarazadas y derecho a la salud reproductiva, entre otros.

Ante la pregunta: *¿Cuándo te niegan tus derechos sabes dónde acudir?*, de 771 personas encuestadas 387 respondieron “Sí”, 306 respondieron “No sé” y 77 “No contestó”.

Gráfico No. 3. Población encuestada que conoce o no a qué institución acudir cuando le niegan sus derechos, según género, adolescencia y adultez.



Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

El Gráfico No. 3 ilustra que el 52.7% de los hombres adultos, es decir, más de la mitad de los encuestados de ese grupo, Sí conoce a qué instituciones acudir cuando se niegan sus derechos, versus el 37% que No sabe, mientras que entre el grupo adolescente solo el 42.8% sabe dónde acudir y una proporción similar desconoce al respecto.

En cuanto a las mujeres adultas, el 51.6% conoce a dónde acudir para que se cumplan sus derechos y el 39.6% no lo sabe. Y en el caso de las mujeres adolescentes, el 66% conoce a qué instituciones acudir mientras que el 37% no lo sabe.

Lo anterior indica que hay un porcentaje elevado de mujeres adolescentes que conocen a dónde acudir para exigir el cumplimiento de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Tabla No. 7. Población encuestada según género y sus mitos sobre la práctica de la masturbación en la adolescencia, en porcentajes.

Género	Mitos
Hombres	42.2% Es un pecado 18.5% Problemas para eyacular en el futuro 13% Se vuelven locos 5.6% Te salen callos en las manos 3.9% Te salen pelos en las manos
Mujeres	27.7% Es pecado 7.7% Las mujeres no pueden tocar sus genitales 16% Se vuelven locas 24.6% Las mujeres que lo practican son inmorales 0.5% Te salen pelos en las manos

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

En la Tabla No. 7 se refleja que tanto en mujeres como hombres adolescentes el principal mito en relación a la masturbación es que este *es un pecado* con el 42.2% en hombres y el 27.7% en mujeres adolescentes; seguido del mito que la identifica como práctica inmoral con el 24.6% y el de *Problemas para eyacular en el futuro*, con el 18.5%.

Con respecto a la pregunta, mencione 3 *instituciones en las cuales denunciar en caso de que se te incumplan tus derechos*”, de las 771 personas encuestadas, 689 respondieron a las siete opciones que se presentaron dentro de la encuesta (89.3%), según se muestra en la Tabla No. 8.

Las mujeres encuestadas visualizan al ISDEMU como una institución donde pueden acudir para la exigibilidad de sus derechos; mientras que los hombres mencionan al CONNA. Coinciden tanto hombres como mujeres en reconocer a la PNC y a la PDDH como instituciones a las que puede acudir, y la consideración de la alcaldía, juzgados de paz y unidad de salud como últimas opciones.

4.2.1 Conocimientos sobre ITS

Respecto a los conocimientos adquiridos entre la población adulta y adolescente en cuanto a las diferentes Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las respuestas son variadas, tal como se refleja en la Tabla No. 9.

Tabla No. 8. Población encuestada según género e identificación de instituciones donde denunciar el incumplimiento de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Género	Alcaldía	CONNA	ISDEMU	Juzgados de Paz	PNC	PDDH	Unidad de Salud
Hombre	1	21	9	4	181	81	6
Mujer	2	1	37	8	241	88	9
Total	3	22	46	12	422	169	15

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: 49 mujeres y 32 hombres no señalaron las opciones presentadas.

Tabla No. 9. Población encuestada adulta y adolescente, según conocimientos sobre ITS, en porcentajes.

Género/ curso de vida	Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual								
	Todas las anteriores	VIH	Chancro	Clamidia	Gonorrea	Herpes	Sífilis	Hepatitis	Papiloma
Mujer Adulta	27.2%	26%	0.4%	0	18.4%	5.6%	8%	0.4%	0.4%
Mujer Adolescente	0	41.5%	1.5%	1.5%	17.4%	11.8%	4.6%	2.5%	1.5%
Hombre Adulto	48%	8.3%	1.5%	0.7%	29.7%	6.8%	6.1%	-	-
Hombre Adolescente	11.8%	61.8%	0.51%	0.51%	11.8%	1.5%	3%	1%	0.51%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: La pregunta era de respuesta múltiple, por lo que algunas personas no respondieron todos los ítems.

La Tabla No. 9 refleja que las mujeres adolescentes son el grupo que no posee conocimientos sobre las ocho ITS presentadas; casi la mitad de la población adulta masculina las conoce todas. El Virus del Papiloma Humano y la Hepatitis son las ITS menos conocidas por la población, siendo las más conocidas la gonorrea y el Virus de

Inmunodeficiencia Humana (VIH). Respecto a este último, se realizó la pregunta *¿Cómo se transmite el VIH?*, cuyas respuestas se resumen en la Tabla No. 10.

De acuerdo a las respuestas, es evidente que la población considera que el medio más frecuente

Tabla No. 10. Población encuestada, según género y curso de vida, y conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH, en porcentajes.

Género/ curso de vida	Formas de transmisión del VIH según cada grupo poblacional encuestado						
	Agujas e inyección	Besos	Contacto de fluido con una herida	De la madre al feto	Penetración desprotegida	Transferencia sangre	No responde
Hombre Adolescente*	58.4%	4.6%	1.5%	-	9.3%	14.4%	5.6%
Hombre Adulto	66.4%	0.7%	0.7%	0.7%	20%	9.1%	2.3%
Mujer Adolescente*	67.6%	1.5%	1.5%	1.5%	5.1%	12.8%	9.2%
Mujer Adulta	54.8%	0.8%	0.4%	1.2%	20%	12.8%	6%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Notas: Una mujer adolescente respondió que "por comer en el mismo plato". * Un hombre adolescente respondió que "Por manos infectadas".

de transmisión de VIH es compartir agujas e inyecciones, seguido por la transferencia de sangre y de la penetración desprotegida; siendo esta última la que presenta el porcentaje más alto en personas adultas. Lo anterior sugiere que aún no existe un conocimiento amplio sobre las diferentes formas de transmisión del virus.

Además, al preguntar si *“está de acuerdo en que todas las personas estamos propensas a adquirir una ITS o VIH”*; las respuestas fueron muy variadas también en los cuatro grupos de población. En promedio, el 58% de adolescentes está *“Totalmente de acuerdo que todas las personas están propensas”*; el 69.8% de adultos *“No sabe”*; las mujeres adolescentes (42.5%) doblan en porcentaje a los masculinos (21.1%). Los datos indican que entre las mujeres, existe una franja que *“No sabe”* si todas las personas son propensas o no a adquirir VIH, lo que podría significar poca claridad sobre las formas de transmisión.

Lo anterior se refuerza con la pregunta: *¿Quiénes transmiten VIH, según has escuchado?*, cuyas respuestas de opción múltiple muestran conocimientos influenciados por estereotipos y estigmas sobre ciertos grupos poblacionales.

En general, más del 50% de la población encuestada ha escuchado y conoce que *“cualquier persona, sin importar sexo, género u orientación sexual”* puede transmitir el VIH, pero llama la atención que más del 50% de mujeres, tanto adultas como adolescentes, respondieron que *“los y las trabajadoras sexuales”* son quienes lo transmiten, tal como se ilustra en la Tabla No. 11, lo cual revela la persistencia de estigmas hacia las personas dedicadas al trabajo sexual; sin embargo, esa proporción desciende significativamente entre los hombres adolescentes y adultos.

Tabla No. 11. Población encuestada según género y percepción de quiénes transmiten el VIH a partir de lo escuchado.

Género	Heterosexual	Homosexual	Personas Trans	Toda persona infectada sin importar sexo, género u orientación sexual	Trabajador/a sexual	Zancudo
Hombre adolescente	4.1%	13.4%	4.1%	69.4%	23.7%	8.3%
Hombre adulto	0.7%	17.5%	3%	63.3%	15.2%	0
Mujer adolescente	2.5%	8.2%	1.5%	56.9%	57%	5.1%
Mujer adulta	3.2%	14%	1.02%	59.2%	59.2%	2.4%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

4.2.2 Salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres (embarazos y planificación familiar - PF).

Al indagar sobre los conocimientos que poseen los hombres adultos encuestados a la pregunta “¿alguna vez le han explicado sobre los exámenes a realizar para diagnosticar problemas con la próstata?”, el 45.8% refiere que *nadie se los ha explicado*, y 52.6% refiere que *si le han explicado*. Sobre el conocimiento de *los problemas relacionados con la próstata*, el 45.03% refiere que Sí, el 47.3 refiere que No los conoce y el 4.5% afirma No saber que son; más de la mitad de encuestados afirma no conocer los exámenes para diagnosticar problemas con la próstata y casi la mitad de ellos no conoce los problemas relacionados con la próstata.

En relación a la pregunta “¿cuáles síntomas pueden causar sospecha sobre problemas en la próstata?”, las respuestas con mayor frecuencia fueron: el 20% respondió que un síntoma es “*Chorro delgado o corto al orinar*”, el 36.6% que son “*infecciones en vías urinarias*” y el 8.3% con “*dolor, ardor y dificultad al orinar*”. No existe claridad sobre un síntoma específico, sin embargo, reconocen varios que pueden estar asociados.

Las anteriores respuestas llevan a reflexionar sobre la valoración de los adultos en torno a *la necesidad de promoción de la SSR en hombres por parte del gobierno*, según el 93.8% de los hombres Sí es importante versus el 6.1% que considera que No. Esto puede orientar sobre los conocimientos que posee este grupo etario acerca de su SSR asociada a sus propios cuerpos y el autocuidado. A la pregunta, “¿*Considera que el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos debe ser una prioridad para mejorar la calidad de la vida en la*

comunidad?”: el 5.3% no lo considera relevante”, el 7.6% lo considera “Poco relevante” y el 85.5% cree que “Sí es bastante prioritario”. Lo anterior indica que para la mayoría de hombres adultos encuestados, es importante que el gobierno promocio el derecho de la SSR para los hombres, y que los DS y DR son una prioridad en la comunidad.

Al preguntar sobre “*situaciones que pueden poner en riesgo la SSR en mujeres*”, las respuestas fueron variadas según el rango etario: mientras las mujeres adultas consideran en su mayoría (95.2%) que el cáncer cérvico-uterino es la mayor situación de riesgo; las adolescentes consideran que es el aborto (9.2%), las hemorragias (9.7%) y la anemia (53.3%) las situaciones de mayor riesgo. En ambos segmentos existen diferencias en conocimientos sobre SSR.

Respecto a los derechos de SSR en relación a la planificación familiar, los conocimientos sobre los diferentes métodos varían entre mujeres adultas y adolescentes. El 7.2% de las adultas conoce el Dispositivo Intrauterino (DIU), el 2% la esterilización femenina, el 2.4% los inyectables y píldoras; el más reconocido (por el 84.4%) es el preservativo femenino y masculino. Entre las adolescentes que conocen los métodos de PF, la píldora es conocida por el 2%, el preservativo femenino por el 2.4% y el preservativo masculino, el 89.2%. Este último es el método de PF más reconocido por ambas poblaciones.

Entre los riesgos y signos de alarma que se presentan durante el embarazo en adolescentes y jóvenes, las mujeres adultas y adolescentes señalaron algunos que se muestran en la Tabla No. 12.

Tabla No. 12. Población femenina encuestada según identificación de riesgos y signos de alarma durante el embarazo en adolescentes y jóvenes.

Mujeres	Riesgos y/o complicaciones	Signos de alarma durante el embarazo y parto
Adultas	Aborto 9.2% Anemia 49.2% Hemorragias 12.8% Ninguno 12%	Hinchazón de pies, manos y cara 53.2% Fiebres 3.6% Disminución del movimiento del bebé 4% Ninguno 14%
Adolescentes	Aborto 17.4% Anemia 14.3% Ninguno 7.7% Todas las anteriores 25.6%*	Hinchazón de pies, cara y manos 48.2% Alargamiento y hemorragias post parto 3% Fiebres 4.1%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Se tomaron en cuenta las respuestas con mayor ponderación. En la opción "Todas las anteriores" se incluyen otras que no se muestran en la tabla.

En ambos grupos, las respuestas coinciden en considerar un signo de alarma la inflamación de pies, manos y cara; y la fiebre. Dentro de los riesgos y complicaciones consideran que la anemia y el aborto son las mayores afectaciones a una adolescente en el embarazo. Un porcentaje considerable de entrevistadas adultas (12- 14%) considera no existe ningún riesgo, signos de alarma o complicación en el embarazo de una adolescente.

En cuanto a la pregunta *¿quiénes te han brindado asesoría sobre el uso correcto y consistente del condón?*, las respuestas de los y las adolescentes son variadas.

La Tabla No. 13 muestra que el conocimiento que poseen los y las adolescentes sobre el uso correcto y

consistente del condón como parte de los métodos de PF y que apoyan a su SSR es variable, siendo los hombres adolescentes quienes refieren que la Unidad de Salud es su referente en el tema, mientras que las mujeres adolescentes tienen porcentajes más bajos en cuanto a referentes de asesoría y un porcentaje considerable no respondió a esta pregunta (62.5%).

Con respecto al desarrollo y crecimiento durante la adolescencia, etapa de la vida en la cual es clave la SSR y el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, se preguntó si alguien les habló alguna vez de los cambios en el cuerpo, obteniéndose una variedad de respuestas que se muestran en la Tabla No. 14.

Tabla No. 13. Población encuestada según género y referentes que brindan asesoría a adolescentes sobre uso del condón.

Género	ONG que trabaja en comunidades	Papá o mamá	Personal de unidad de salud	Otros familiares
Mujeres	3%	3%	25.1%	6.1%
Hombres	5.6%	6.1%	50.5%	-

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla N°14. Población encuestada según género, curso de vida y personas que les comentaron sobre los cambios del cuerpo durante la adolescencia.

Género	Curso de vida	Cambios sexuales secundarios en la adolescencia	Personas que les comentaron sobre los cambios en la adolescencia	Género	Curso de vida	Cambios sexuales secundarios en la adolescencia	Personas que les comentaron sobre los cambios en la adolescencia
MUJERES	Adolescentes	Menstruación	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 10.2% • Docentes 4.1% • Papá/mamá 77% • Unidad de Salud 7.1% 	HOMBRES	Adolescentes	Cambios de voz	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 11.3% • Docentes 10.8% • Papá/mamá 60.8% • Unidad de Salud 14.9%
		Ensanchamiento de caderas	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 12.8% • Docentes 9.7% • Papá/mamá 69.2% • Unidad de Salud 6.1% 			Crecimiento de vello corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 35.8% • Docentes 19.8% • Papá/mamá 64.1% • Unidad de Salud 26%
		Crecimiento de pechos	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 10.7% • Docentes 5.1% • Papá/mamá 64.6% • Unidad de Salud 7.1% 			Ensanchamiento de hombros	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 39% • Docentes 23% • Papá/mamá 55.7% • Unidad de Salud 26%
		Vello corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 13.3% • Docentes 6.6% • Papá/mamá 70.7% • Unidad de Salud 6.6% 			Eyaculaciones de semen nocturnas	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 60.3% • Docentes 19.8% • Papá/mamá 30.5% • Unidad de Salud 31.2%
		Masturbación	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 52.8% • Docentes 4.1% • Papá/mamá 23.5% • Unidad de Salud 1.7% 			Masturbación	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 78.6% • Docentes 13.7% • Papá/mamá 23.6% • Unidad de Salud 25.1%
		Menstruación	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 36.8% • Docentes 14.5% • Papá/mamá 48% • Unidad de Salud 2.8% 			Crecimiento de órganos sexuales externos	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 55% • Docentes 17.5% • Papá/mamá 39% • Unidad de Salud 32.8%
	Adultas	Ensanchamiento de caderas	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 53.6% • Docentes 7.6% • Papá/mamá 32.4% • Unidad de Salud 1.6% 		Cambios de voz	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 35.1% • Docentes 24.4% • Papá/mamá 37.4% 	
		Crecimiento de pechos	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 49.6% • Docentes 8% • Papá/mamá 36% • Unidad de Salud 1.6% 		Crecimiento de vello corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 31.3% • Docentes 26.7% • Papá/mamá 29.7% • Unidad de Salud 2.3% 	
		Vello corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 48% • Docentes 9.6% • Papá/mamá 36% • Unidad de Salud 1.6% 		Ensanchamiento de hombros	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 33% • Docentes 21.4% • Papá/mamá 28.2% 	
		Masturbación	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 76.8% • Docentes 5.6% • Papá/mamá 11.2% • Unidad de Salud 1.6% 		Eyaculaciones de semen nocturnas	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 36.6% • Docentes 22.1% • Papá/mamá 9% • Unidad de Salud 4.5% 	
						Masturbación	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 45.8% • Docentes 22.1% • Papá/mamá 17.5% • Unidad de Salud 3.8%
						Crecimiento de órganos sexuales externos	<ul style="list-style-type: none"> • Nadie 36% • Docentes 19.8% • Papá/mamá 23% • Unidad de Salud 3.8%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Un alto porcentaje de hombres adultos indican que “nadie” les comentó o habló sobre los cambios del cuerpo asociados al crecimiento y desarrollo en la adolescencia; otro porcentaje considerable dice que sus padres y/o madres si les comentaron sobre el tema y en tercer lugar, menciona al personal docente. En los adolescentes, la familia toma un rol de transmisor de conocimientos sobre los cambios corporales junto a docentes (escuela) y las unidades de salud, pero no así en temas como la eyaculación o masturbación. Igualmente, el porcentaje de las unidades de salud se triplica en las respuestas de los adolescentes con relación a los adultos.

En temas como eyaculación de semen nocturno, crecimiento del pene y masturbación, la respuesta más repetida en ambos grupos etarios, es que “nadie” les comentó sobre el tema; por tanto, podrían ser considerados aún como tabúes en los diálogos con la familia, en la escuela y centros de salud.

En las mujeres, la menstruación es el tema más abordado en las familias ya sea por madres o padres; pero el porcentaje crece especialmente en las respuestas de las adolescentes; en ambos, el tema tabú es la masturbación, ya que un alto porcentaje indica que “nadie” les comentó sobre esto. Se resalta que en tres cuartas partes de adultas encuestadas refieren que “nadie les habló sobre esos cambios”; mientras que en las adolescentes casi la mitad piensa lo mismo. En conclusión, existe una diferencia generacional en cuanto a la transmisión de conocimientos en la adolescencia entre padres/madres e hijos/hijas, que tiende actualmente a un mayor diálogo y apertura sobre temas de SSR entre personas adultas y adolescentes.

Es importante destacar dos elementos: el primero, que los hombres adolescentes refieren en mayor proporción que la Unidad de Salud les ha comentado sobre “cambios que su cuerpo sufriría” en comparación con las mujeres adolescentes.

Lo anterior puede interpretarse como la apertura a comunicar dentro del hogar de forma más “abierto” con mujeres los cambios relacionados a SSR, en relación

con los hombres. Existe la posibilidad que este tema sea transmitido entre pares de género (padres- hijos hombres; madres- hijas mujeres) y ello genere mayor comunicación entre mujeres que entre hombres. El segundo elemento a resaltar es que entre las respuestas presentadas a la población encuestada, la opción “ONG que trabaja en la comunidad” fue la más baja en porcentaje tanto por temas de género o generacional, lo cual puede interpretarse como un reconocimiento moderado de la participación en la transmisión de conocimientos en SSR dentro de las comunidades.

4.2.3 Violencia sexual en acciones cotidianas

A la pregunta “¿Cuáles de las siguientes acciones son consideradas hechos de violencia?”, fueron distintas las percepciones y opiniones ante las opciones presentadas. Las diferencias fueron tanto de género como generacionales, como se detalla a continuación en la Tabla No. 15.

En cuanto a los celos de pareja, el 56% de las mujeres adultas consideran esta acción como violencia; la violación sexual tiene porcentajes más altos entre los y las adolescentes, con especial énfasis en los hombres adolescentes (30% de los participantes de ese grupo). El grupo de las mujeres adolescentes son las que consideran en mayor porcentaje que los tocamientos son hechos de violencia, y las mujeres adultas son el grupo de menor porcentaje. Los gritos como hechos de violencia son mayormente identificados por los hombres y en menor porcentaje, por las mujeres.

En cuanto a los piropos en la calle o en el transporte público, es importante resaltar que el grupo de hombres adultos y mujeres adolescentes reportan el porcentaje más alto y similar dentro de las respuestas brindadas. Finalmente, el grupo de mujeres adolescentes es el único que refiere que todas las opciones de respuesta anteriores son acciones de violencia.

La Tabla No. 16 detalla las respuestas de las personas participantes en torno a los delitos sexuales asociados a relaciones entre personas menores de 18 años y personas adultas.

Tabla No. 15. Población encuestada según género, curso de vida y acciones que consideran hechos de violencia.

Género	Curso de vida	Respuestas	Género	Curso de vida	Respuestas
Mujeres	Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Celos a tu pareja 10.7% Gritos 3% Insistencia en tener relaciones sexuales 13.3% Piropo en calle o transporte público 10.2% Tocamientos 26.6% Violación 21.5% Todas las anteriores 26.6% 	Hombres	Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> Celos a tu pareja 17.5% Gritos 7.7% Insistencia en tener relaciones sexuales 13% Piropo en calle o transporte público 4.1% Tocamientos 18% Violación 32.4%
	Adultas	<ul style="list-style-type: none"> Celos a tu pareja 56.4% Gritos 4.8% Insistencia en tener relaciones sexuales 5.2% Piropo en calle o transporte público 5.6% Tocamientos 9.6% Violación 11.2% 		Adultos	<ul style="list-style-type: none"> Celos a tu pareja 36.6% Gritos 10% Insistencia en tener relaciones sexuales 14.5% Piropo en calle o transporte público 10.7% Tocamientos 16.7% Violación 16.7%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla No. 16. Población encuestada según género, curso de vida y conocimiento sobre relaciones sexuales consideradas como delitos.

Género	Curso de vida	Si un hombre o joven de 18 años o más tiene relaciones sexuales con una mujer menor de edad es delito		Cuando un adolescente o joven tiene relaciones sexuales con una mujer menor de 18 años	
		No es delito porque ella lo permitió	Si es delito grave	No, porque ambos son menores	Sí, es delito si ella no estaba de acuerdo o hubo violencia o coerción
Mujeres	Adolescentes	57.4%	38.4%	51.2%	44.1%
	Adultas	32%	62%		
Hombres	Adolescentes	38.6%	57.7%	50%	47%
	Adultos	29.7%	77.8%		

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Los hombres adultos presentan mayor porcentaje (77%) de conocimiento en relación a los adolescentes sobre las relaciones sexo coitales con menores de 18 años y lo reconocen como “delito grave” frente al 57.7% de los adolescentes. Alrededor del 57% de los hombres adolescentes piensan que *las relaciones sexo-coitales son delito entre dos menores de 18 años*, un porcentaje levemente inferior (50%) considera que *No es delito porque ambos son menores de edad*, o que sí lo es cuando ella *no estaba de acuerdo o hubo violencia o coerción*.

A la pregunta *¿Considera a los hombres homosexuales o las mujeres lesbianas como personas de menor categoría que las heterosexuales?*, los resultados mostrados en la Tabla No. 17 indican que un alto porcentaje considera que no lo son; pero la incidencia de personas homofóbicas es bastante representativa, ya que ronda el 26% entre las mujeres adultas y el 19%, entre los hombres. Entre adolescentes, ese porcentaje disminuye a 18.5% para los hombres y 24.8% para las mujeres adolescentes.

4.3 Actitudes hacia la salud sexual y salud reproductiva y derechos sexuales y derechos reproductivos

4.3.1 Disposición al uso del condón y precauciones para evitar embarazos

Respecto al uso de métodos de *planificación familiar*, el 14% de las mujeres adultas ha utilizado la “*esterilización femenina*”, el 16.8% usa “*inyectables*”, el 2.8% utiliza “*preservativos masculinos y píldoras*”; el 56.4% *no los utiliza*. En cuanto a las adolescentes, de las 9 que refieren estar activas sexualmente, solo 5 personas (55.5%) utilizan *inyectables y preservativo masculino*. En general, existe poco uso de los métodos de planificación familiar, más de la mitad de las mujeres adultas y adolescentes activas sexualmente, no los utiliza.

Alrededor del 40.4% de los adultos Sí utilizó condón en su primera relación sexual y el 43.5% tomó precauciones para evitar embarazos (53 de 131 encuestados); mientras que las mujeres adultas, el 80.4% (201 de 250 encuestadas) uso condón en su primera relación sexual (PRS) y solo el 21.2% tomó precaución para evitar un embarazo. Es similar en los hombres adolescentes, ya que 36 que refieren haber tenido su PRS el 58.33% Sí usó condón y de éstos, el 66.6% Sí tomó precauciones para evitar embarazos; mientras que las mujeres adolescentes, el 70% usó condón y tomó precauciones para evitar un embarazo.

Tabla No. 17. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de que homosexuales y lesbianas son personas inferiores.

Hombres	Homosexuales son personas inferiores			Mujeres	Lesbianas son personas inferiores		
	De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo porque eso es discriminación		De acuerdo	Totalmente en desacuerdo	No responden a ninguna opción
Adolescentes	18.5%	20.6%	52%	Adolescentes	24.8%	66%	9.2%
Adultos	26.7%	68%	12.9% no responde a ninguna opción	Adultas	19%	72.3%	8.7%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla No. 18. Población encuestada según género, curso de vida y disposición al uso frecuente/ consistente del condón en sus relaciones sexo-coitales.

Género	Curso de vida	Respuestas			
		Puedo asegurar que siempre uso condón	Nunca uso condón	Muy pocas veces uso condón	No responde
Hombres	Adolescentes	36.6%	27.7%	38.8%	-
	Adultos	32%	22.1%	43%	1.5%
Mujeres	Adolescentes	8%	56.4%	25%	14.4%
	Adultas	44.4%	33.3%	22.2%	-

Fuente: elaboración propia a partir de datos. (Los porcentajes se han obtenido con base en las respuestas de cada grupo etario). Los datos de adultos se obtuvieron con base al total participante y los datos de los adolescentes con base a las respuestas brindadas en la encuesta: 36 adolescente masculinos ya tuvieron su PRS y 9 de sus pares femeninas.

La Tabla No. 19, ilustra sobre el uso frecuente del condón por adultos y jóvenes en sus relaciones sexo-coitales, indicando que un alto porcentaje de la población encuestada refiere *nunca* usar condón. Entre el 56.4% de las mujeres (141/250 encuestadas) que nunca lo usó, el 77.3% (109/141 mujeres) no posee ningún empleo; y de éstas, el 77% vive en zona rural y el 23% de mujeres en la zona urbana; sólo el 55% (11/20 aseguran utilizar condón siempre) de las mujeres que viven en zona rural y que no tienen empleo aseguran que *siempre usan condón* en sus relaciones sexo-coitales versus el 5% (1 encuestada) de mujeres de la zona urbana que *siempre usa condón* y no tiene empleo.

Sobre la “Confianza en la eficacia del condón y su uso correcto en mujeres y hombres adolescentes”, el 53.8% de las mujeres encuestadas dijo *no confiar* y solo el 17% *sí confía*; para los hombres adolescentes, el 42% *no confía* y el 58.2% *sí confía en su uso*.

En cuanto a la pregunta *¿Podrías confirmar que sabes colocarte de una manera correcta un condón?*, el 63% de las mujeres adolescentes *no puede confirmar* si sabe colocarlo correctamente y el 4.6% dijo que *sí*, lo que permite pensar que el resultado obedece a que su pareja es quien lo usa y no ellas directamente quienes lo colocan. De las 9 chicas con vida sexual activa (el 32.4% no respondió la pregunta); mientras que el 53% de los adolescentes considera que *no sabe colocarlo bien* y el 45% afirmó que *sí*.

Al preguntar a las y los adolescentes sobre sus fuentes de acceso a condones, el porcentaje más alto no respondió, un pequeño porcentaje dijo que los recibió en *centros de salud* (24.2% para hombres y 3.4% para mujeres adolescentes). Como detalla el cuadro 18, este tema presenta diferencias considerables entre los géneros; los hombres los adquieren frecuentemente en establecimientos de salud, no así las mujeres.

Tabla No. 19. Fuentes de acceso a condones para adolescentes.

Variables de respuesta	Género	
	Mujer	Hombre
Unidad de salud	3.6%	24.2%
Mi novia/o pareja	4.6%	1%
Nunca me han dado en la Unidad de salud	16%	19%
Yo mismo los compro	0.51%	10%
Me los dio mi papá/mamá	---	1%
Me los dio un amigo	---	13.8%
No responde	75%	31%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Con base a datos aportados por adolescentes sexualmente activos: 36 hombres y 9 mujeres.

4.3.2 Adhesión al sexo ocasional y sexo con compromiso

Los participantes adultos refieren que desde que iniciaron su vida sexual han tenido relaciones sexuales con una persona (10%), el 23.6% han estado con 3-5

personas, el 14.5% con 6-9 personas, el 17.5% con 10-15 personas y el 25.1% afirmó haber tenido relaciones sexo coitales con más de 20 personas. En contraste, los 36 hombres adolescentes que ya han iniciado vida sexual activa, el 47.2% dijo haber tenido relaciones con una persona, el 25% con dos personas, el 16.6% con 3 - 5 personas y el 8.3% con 6 - 9 personas. Lo anterior refiere que a mayor edad, mayor es la cantidad de parejas que reporta una persona del sexo masculino y puede presentar tendencias al sexo ocasional.

En el caso de las mujeres adultas, el 47.2% refiere haber tenido relaciones sexo-coitales con una persona, el 23.2% refiere que con dos, el 17.2% dijo que con 3 - 5 personas y el 4.4% de 6 - 9. En contraposición, las adolescentes que dijeron haber iniciado su vida sexual activa (9), el 100% ha estado con una persona. De igual manera, el tema generacional indica que a mayor edad, el número de parejas aumenta; aunque en temas de género existe mayor adhesión al sexo ocasional de parte de los hombres en comparación con las mujeres, debido a que existe mayor permisividad social a una vida sexual activa para la población masculina y mayor censura o limitaciones para las mujeres.

A la pregunta “¿Tienes una pareja o varias parejas sexuales en estos momentos?”, el 64% de mujeres adultas dijo tener pareja estable, el 2.8 posee una pareja casual y el 6.4% tiene 3 parejas al menos; los hombres, el 61% está con una pareja estable, el 5.3% tiene una pareja casual y el 12.2% tienen 3 parejas al menos. Continúa existiendo una tendencia de los hombres adultos a tener relaciones casuales y más de una pareja sexual.

En relación a la pregunta “Cuál fue la última vez que tuviste relaciones sexo-coitales con tu pareja”, el 23.2% de mujeres adultas respondió que fue hace 1 ó 2 días, el 24%, hace una semana y el 34.8% respondió que de 3 - 5 años. En contraposición, el 2.3% de las mujeres adolescentes refiere que fue hace un día, el 3% hace una semana y el 2.3% entre 3-5 años. La relación en la frecuencia de las RS con la pareja varía acorde a la edad entre el mismo género. Asimismo, con la pregunta “¿alguna vez en tu adolescencia alguien te presionó para ir donde una trabajadora sexual y tener relaciones sexuales o presiones con tu pareja/novio para tener relaciones sexuales?”, los hombres y mujeres de ambos grupos etarios respondieron de acuerdo con la Tabla No. 20.

Tabla No. 20. Población encuestada según género, curso de vida y si tuvo presiones para tener la primera relación sexual (PRS) con pareja/novio o trabajadora sexual, y personas que presionaron.

Género	Curso de vida	Recibió presiones		Personas que presionaron	
		NO	SÍ		
Hombres	Adultos	96.9%	3%	Hermano 0.8%	Amistades 3.8%
	Adolescentes	96.9%	3%	Padres 1.54%	Amistades 6.7%
Mujeres	Adultas	83.2%	10.4%	Madre 1.6% Pareja 5.2%	Amistades 2%
	Adolescentes	62.5%	2.5%	Pareja 1.5%	Amistades 0.5%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: * Se ha tomado en cuenta las variables de mayor respuesta. Las proporciones de mujeres adolescentes, 62.5% y 2.5% no suman el 100%.

La Tabla No. 20 refleja diferencias en cuanto a las presiones para la PRS. Puede observarse que la mayor presión continúa siendo recibida por los hombres de parte de parientes hombres y amistades, muchas veces para tener relaciones sexuales con trabajadoras del sexo. El 10.4% de las mujeres adultas también reportó presiones de su pareja y madre para tener RS; respecto a la pregunta realizada a hombres y mujeres, sobre si alguna vez han pagado a una persona para tener relaciones sexo-coitales o ha recibido promesas de casarse, obsequios o dado o le han pagado con objetos de valor y el tiempo aproximado en que sucedió, las respuestas se muestran en la Tabla No. 21.

Existen diferencias generacionales y de género en los grupos etarios, como se observa en la Tabla No. 21, la población masculina es más propensa a pagar por sexo y aumenta según la edad (adulta o adolescente). En el caso de las mujeres, tienden a recibir menos propuestas u obsequios como paga por sexo, pero también varía según sea adulta o adolescentes. Respecto a la frecuencia, los tiempos varían entre los hombres adultos y adolescentes, ya que los jóvenes tienden a pagar más por servicios sexuales con personas trabajadoras sexuales que los adultos, 51% de los adolescentes tiene

6 meses o menos de haber pagado servicios sexuales y 16.6% de los adultos presentan el mismo tiempo (131 adultos y 36 adolescentes activos sexualmente).

Tabla No. 22. Población encuestada según género, curso de vida y si ha tenido o no contacto sexual consentido con personas del mismo sexo.

Género	Curso de vida	No	Si
Mujeres	Adultas	91.2%	6%
	Adolescentes	88.7%	1%
Hombres	Adultos	96.9%	10.7%
	Adolescentes	93.8%	6.1%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

El grupo de adultos ha mantenido algún contacto sexual consentido con personas del mismo sexo, en mayor porcentaje, los hombres con el 10.7% seguido de las mujeres con el 6%; mientras que los hombres adolescentes indican el mismo porcentaje del 6%, tal como se ilustra en la Tabla No. 22.

Además, se preguntó sobre la importancia de las RS en su vida y el grado de satisfacción sexual para cada uno de los grupos encuestados, y los resultados se muestran en la Tabla No. 23.

Tabla No. 21. Población encuestada según género, curso de vida, si ha pagado o recibido algo para sostener relaciones sexo-coitales y tiempo de ocurrido el hecho.

Género	Curso de vida	¿Has pagado o recibido obsequios u otros?		¿Hace cuánto tiempo se dio?*
		NO	SI	
Hombres	Adultos	71.7%	32%	16.6% de 6 meses o menos 21.4% de 1- 2 años 47.6% de 3-5 años
	Adolescentes	96.4%	3.6%	57.1% de 6 meses o menos 28.5% de 3-5 años
Mujeres	Adultas	80%	13.2%	----
	Adolescentes	60%	0.5%	----

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Notas: Las preguntas variaron de acuerdo a la población consultada: A las mujeres adolescentes se preguntó: "¿Alguna vez en tu vida has tenido relaciones sexo-coitales con una persona y te ha pagado por ello u obsequiado objetos de valor?". A las mujeres adultas se les preguntó: "¿Alguna vez en tu vida has tenido relaciones sexuales con una persona a la que has pagado por ello o dado algo a cambio?". Y a los hombres adolescentes y adultos se preguntó: "¿Alguna vez en tu vida has tenido relaciones sexuales con una persona a la que has pagado por ello o dado algo a cambio?". * Los datos de la columna se obtuvieron con base a las respuestas afirmativas. Las mujeres no respondieron.

Tabla No. 23. Población encuestada según género, curso de vida, importancia de las RS en su vida y grado de satisfacción de su sexualidad.

Género	Curso de vida	Las RS son una parte importante en tu vida			Actualmente, ¿cuál es el grado de satisfacción de tu sexualidad?		
		No considero que las RS sean algo importante	Sí, es una parte importante	Sí, pero también hay otras cosas que me hacen sentir bien	Muy satisfecha	Poco satisfecha	Nada satisfecha
Mujeres	Adultas	23.2%	32%	35.6%	60%	14%	8%
	Adolescentes	49.2%	14.3%	29.7%	-	-	-
Hombres	Adultos	7.7%	45%	47.3%	91.6%	9.1	5.3%
	Adolescentes	22.6%	34%	38.1%	-	-	-

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Un 45% de los hombres adultos considera que las “RS son una parte importante de su vida”, junto a un 47.3% que considera que son importantes pero también hay otras cosas que le hacen sentir bien”; le siguen el grupo de adolescentes con el 34% y el 38.1%, junto a las mujeres adultas y el grupo que afirma en menor porcentaje que las RS sean una parte importante de su vida¹⁴. El 92.3% de hombres adultos refiere que las RS son importante en su vida, frente al 67.6% de las mujeres adultas.

En cuanto al *grado de satisfacción sexual*: el 91.6% de hombres adultos se encuentra muy satisfecho frente al 60% de mujeres; es decir, de cada 9 hombres satisfechos sexualmente existen 6 mujeres que refieren también estarlo.

Además, se preguntó a las personas adultas si, *¿en la actualidad tienes problemas para tener RS- coitales con*

tu pareja?, las mujeres respondieron que “Casi nunca” el 58.8%, el 14% que en “*algunas ocasiones*” y el 6% que “*Sí, me está pasando actualmente*”. El 27.2% de mujeres no dieron respuesta a la pregunta. En cuanto a los hombres adultos refiere el 3.8% que “*casi nunca*”, el 3% que en “*algunas ocasiones*” y el 93.8% no brindaron respuesta a la pregunta. En referencia, existe un alto porcentaje de hombres que prefiere no mencionar su actual práctica sexual con su pareja.

4.3.3 Actitudes y acciones derivadas de la educación integral de la sexualidad

Los y las encuestadas otorgan significados distintos a la sexualidad, lo que puede derivar en actitudes diferentes en su convivencia junto a intra- generacionales o inter- generacionales. La Tabla No. 24 resume las respuestas a la pregunta *¿Qué significa la sexualidad para ti?*:

Tabla No. 24. Población encuestada según género, curso de vida y su significado de la sexualidad.

Género	Curso de vida	Es un elemento de seres humanos para relacionarse	Sentimientos, afectos y valores	Ser feliz contigo mismo	Ser hombres y mujeres	Tener relaciones sexo- coitales	Todas las anteriores
Mujeres	Adultas	32%	16%	7.6%	7.6%	19.8%	21.3%
	Adolescentes	24.2%	16%	3.6%	8.7%	23.1%	15.9%
Hombres	Adultos	14.4%	24.4%	7.2%	9.6%	20.8%	12.4%
	Adolescentes	32.8%	15.3%	5.1%	9.2%	22.5%	8.2%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Se han tomado en cuenta las variables de mayor respuesta.

¹⁴ El dato sobre las mujeres adolescentes se obtuvo del universo femenino que respondió la pregunta sobre tener vida activa sexual. El mismo caso para los hombres adolescentes.

La respuesta de mayor coincidencia tanto en género como generacional es considerar que la sexualidad es “*tener relaciones sexo-coitales*” con un promedio de 21.5%, junto a la respuesta de “*ser hombres y mujeres*”, donde la sexualidad es observada como parte de los roles de ser mujer y hombre dentro de la sociedad. Mientras que para la respuesta de “*Es un elemento de seres humanos para relacionarse*”, las mujeres adultas y hombres adolescentes tienen los porcentajes más altos y coincidentes, el grupo de adultos hombres es el más bajo dentro de esta consideración y el más alto considera a la sexualidad como “*sentimientos, afectos y valores*”.

En cuanto a temas tabúes de educación integral de la sexualidad, se preguntó a las mujeres adultas sobre sí “*¿Consideras que las mujeres deben casarse antes de tener relaciones sexo-coitales?*”, y el 45.2% considera que *Sí* y el 47.6% considera que *No*. Este tema comprende el análisis de las relaciones sexo-coitales calificado desde la abstinencia o el adjetivo tradicional de la “*virginidad*” como un valor determinante para las mujeres, al ser un tema relacionado a la poca o nula “*libertad del cuerpo*” y perpetuación del paradigmas sobre el ejercicio de la sexualidad en hombres y mujeres.

La Tabla No. 25 refleja consideraciones en torno al rol de padres y madres de familia sobre la necesidad de recibir educación sexual dentro de las familias y en la necesidad de recibirla para posteriormente apoyar a sus hijos e hijas.

Los cuatro grupos etarios coinciden en un promedio de 30% en que *Sí es responsabilidad de los padres y madres de familia* brindar educación sexual a sus hijos e hijas dentro del hogar; el porcentaje más bajo es el de hombres adultos que se diferencia con 10 puntos con sus pares femeninos.

En contraposición, aproximadamente un promedio del 76.3% de la población encuestada considera que los padres y madres de familia *Sí deberían de recibir educación integral de la sexualidad*. El grupo con mayor porcentaje es el de hombres adultos, quienes en un 95.7% considera que padres y madres deberían recibirla, aunque se infiere por sus respuestas que no necesariamente la ven asociada con su responsabilidad en brindarla a sus hijos e hijas.

Además, se preguntó si en su adolescencia tuvieron confianza con sus padres y madres para hablar sobre sexualidad, y las respuestas se consignan en la Tabla No. 26.

Tabla No. 25. Población encuestada según género, curso de vida y su percepción de que padres y madres deberían dar educación sexual a hijas e hijos, y si ambos deberían recibirla.

Género	Curso de vida	Responsabilidad en dar		Deberían recibir	
		SI	NO	SI	NO
Mujeres	Adultas	35.6%	60%	84%	10%
	Adolescentes	28.7%	68.2%	65.6%	29.2%
Hombres	Adultos	25.1%	82.4%	95.7%	3.5%
	Adolescentes	30%	67.5%	59.8%	39.1%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla No. 26. Población encuestada según género y si en su adolescencia/juventud tuvieron la confianza de hablar sobre sexualidad con sus padres y madres, y si tienen esa disponibilidad con sus hijas e hijos.

Género	Confianza de hablar de sexualidad con su papá o mamá		Habría de sexualidad con sus hijos/as
	SÍ	NO	
Hombres	37.7%	65.2%	De ninguna manera 11.4% No me siento preparada, buscaría ayuda 18.3% Solo con hijos 35.8%
Mujeres	26.4%	67.2%	De ninguna manera 15.6% No me siento preparada, buscaría ayuda 10.4% Solo con hijos 8.8% Sí 54%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de encuestas. Se han tomado en cuenta las variables de mayor respuesta.

Se encontraron similitudes con un promedio de 66.2%, ya que mujeres y hombres adultos refieren que en su adolescencia y juventud *No tuvieron confianza* de hablar sobre sexualidad con sus padres y madres; y ante su experiencia, existe la práctica para *hablar sobre sexualidad con sus hijos o hijas*. Al responder, un poco más de la mitad de las mujeres dijeron que *Sí* hablarían sobre sexualidad con sus hijos e hijas; alrededor del 13.5% de hombres y mujeres respondieron que *de ninguna manera*, un 10.4% de mujeres y el 18.3% refieren *no sentirse preparadas*, y ambos grupos refieren en un porcentaje mayor (35.8% de los hombres y 8.8% de las mujeres) que hablarían *solo con sus hijos* (hombres), esto último podría relacionarse con la creencia tradicional que los hombres están obligados a conocer sobre sexualidad y tener experiencia en esta, no así las mujeres.

También, se preguntó sobre las personas con quienes tuvieron (adultas) y tiene (adolescentes) más y menos confianza para hablar sobre sexualidad (ver Tabla No. 27).

Los adultos coinciden que las personas con las que tienen más confianza en hablar son *amistades, vecinas,*

colegas de trabajo y hermanos/hermanas, diferenciando los hombres, quienes el 50.3% confía en sus amigos para hablar de sexualidad, las mujeres afirman confiar en sus hijos e hijas. En los hombres adolescentes, el 38% confía en sus *“amigos hombres”*, hermanos y mamá y papá con un 10.8% y 32% respectivamente. Merece atención especial que este grupo confía en *“las redes sociales”* y en *“las páginas donde hay diversas salas de chat”* con un 5.6% del total; por el contrario, 60% de las adolescentes confía principalmente en su madre, seguido de sus amigas y hermanas, como las personas en quienes menos confían su parejas y padres.

Respecto a las personas en quienes hay menos confianza para hacer preguntas o hablar de sexualidad, las amistades tienen un promedio de 16.6% en los cuatro grupos; el 41% de hombres adolescentes *no confía en su mamá para preguntar o hablarle sobre sexualidad*, un promedio del 33% de hombres y mujeres adultas *No confían en sus padres y madres para esto* y el grupo de adolescentes femenina que más confía (60%). Un porcentaje muy significativo de los y las adolescentes refiere que *No confían en profesores y personal de salud para hacer preguntas o hablar sobre sexualidad*, y un



Tabla No. 27. Población encuestada según género, curso de vida y personas con quienes habla con mayor o menor confianza sobre sexualidad.

Género	Curso de vida	Personas tiene más confianza	Personas con las que tiene menos confianza en preguntar	Razones por las que sentía desconfianza de hablar de sexualidad con su papá o mamá
Mujeres	Adultas	Amigas 0.4% Hermana 1% Hijo/a 0.4%	Amigos 16.4% Mamá y papá 34.4% Pareja 18.4% Pastor o líder religioso 12% Personal de salud 3.2%	Porque consideraba ellos no sabían 9.6% Porque me regañarían y castigarían 36%
	Adolescentes	Amigas 14.35% Hermanas 11.3% Mamá 60% Papá 0.5% Pareja 3%	Amigo 13.8% Mamá y papá 64.6% Unidad de salud y profesor 2%	Pensaban perdería la inocencia 11.3% Siempre me castigaban y me regañaban 20% Siempre me han orientado con temas de sexualidad 33%
Hombres	Adultos	Amigos 50.3% Hermanos 6.1% Mamá y papá 13%	Amigos 16.8% Mamá y papá 36.6% Pareja 13% Pastor o líder religioso 20.6% Unidad de salud 9.1%	Tenía temor a la reacción de su papá y su mamá 32.8% Mi papá y mamá eran muy religiosos 13% Pensaba que no sabían 13%
	Adolescentes	Amigos hombres 38% Hermanos 10.8% Mamá y Papá 32% Redes sociales 3% Salas de chat 2.6	Amigos 19.6% ONG 3% Mamá 41.2% Unidad de salud 17.5% Profesor 7.7% y papá 2%	Pensaban que perdería mi inocencia 10.8% Lo ven como algo sucio o pecado 25.7% Siempre me han orientado en temas de sexualidad 23.7%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

promedio del 16% de los adultos refiere que el pastor de la iglesia *No sería su referente para confiar*.

Sobre las razones por las que sentía desconfianza de hablar de sexualidad con su papá o mamá, los adultos pensaban que ellos y ellas no sabían nada sobre ésta,

porque creen que *los regañarían y castigarían*"; mientras que los y las adolescentes pensaban que *"perdería mi inocencia"* y porque *"Mi papá y mi mamá siempre me han orientado en temas de sexualidad"*. En relación al tema, se preguntó a los adultos si hablarían de sexualidad con sus hijos e hijas, y las respuestas se detallan en la Tabla No. 28.

Tabla No. 28. Población encuestada adulta, según género y si habla o hablaría sobre sexualidad con sus hijas e hijos.

Género	Sí habla o hablaría	No me siento preparado/a, buscaría ayuda	Solo con los hijos	A las hijas no	De ninguna manera	Vacías
Mujeres	56.2%	10.8%	9.1%	6.2%	16.2%	1.2%
Hombres	4.9%	17%	33.3%	2.8%	10.6%	5.7%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Más de la mitad de las mujeres refiere que *Sí hablan o hablarían sobre sexualidad* con sus hijos e hijas, mientras que entre los hombres solo el 5% lo haría. Asimismo, los hombres prefieren *hablar solo con sus hijos hombres* (33.3%), y un pequeño porcentaje del 2.8% expresa que no hablaría con sus hijas, mientras las mujeres hablarían *Solo con sus hijos hombres* en un caso 10% y *no lo haría con sus hijas* en un 6.2%, siento el porcentaje más alto que en hombres. Y por último, un promedio del 13.4% de hombres y mujeres consideran que *De Ninguna manera* hablarían de sexualidad con sus hijos y un promedio de 14% *No se siente preparado y buscaría ayuda*. Además, se preguntó las razones por las cuales el personal docente y de salud no genera confianza para hablar de sexualidad, y las respuestas se muestran en la Tabla 29.

Los cuatro grupos comparten la actitud de considerar que *“tienen miedo a que la comunidad se entere”*, es decir, existe la percepción de que no hay confidencialidad dentro del centro de salud y su personal; asimismo, los hombres adultos y adolescentes brindan información distinta a la aportada por las mujeres: los adultos refieren que existe una *“actitud de maltrato”* y los adolescentes piensan que tanto profesores como personal de salud son *“ignorantes”* y *“se niegan a dar información”*. Y, más de la mitad de mujeres y hombres adolescentes consideran que la causa es porque *“Creen que soy muy joven para ejercer”*. Sobre las *“consecuencias de no recibir educación en sexualidad”*, las respuestas obtenidas se incluyen en la Tabla No. 30.

Tabla No. 29. Población encuestada según género, curso de vida, y percepción de que el personal docente y de salud no genera confianza para hablar sobre sexualidad.

Género	Curso de vida	Razones
Mujeres	Adultas	Miedo a que la comunidad se entere 23.6% En la unidad de salud no tengo problemas 44.8% La hacen sentir regañada 8%
	Adolescentes	Creen soy muy joven para ejercer 51.3% Miedo a que la comunidad se entere 25.1%
Hombres	Adultos	Actitud de maltrato 13.7% Tengo miedo a que la comunidad se entere 35.1%
	Adolescentes	Creen que soy muy joven para ejercer 53.1% Tengo miedo a que la comunidad se entere 19.6% Ignorancia 5.6% Se niegan a dar información 9.8%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Se han tomado en cuenta las opciones de respuesta más frecuentes.

Tabla No. 30. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de las consecuencias de no recibir educación en sexualidad.

Género	Curso de vida	Abandono mis estudios	Embarazos no planificados	Interrupción de sueños y metas	ITS y VIH
Mujeres	Adultas	1.2%	72.8%	5.6%	6.4%
	Adolescentes	2%	39.6%	8.4%	5.2%
Hombres	Adultos	1.5%	80.1	6.9%	14.5%
	Adolescentes	2%	60.3%	7.2%	24.7%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Se han tomado en cuenta las variables de mayor respuesta.

En relación a las consideraciones y/o acciones que, a criterio de cada segmento poblacional encuestado sobre las *consecuencias de no recibir educación sexual*, señalan *embarazos no planificados, las ITS y VIH*. Es importante mencionar que el sector poblacional masculino tiene mayor porcentaje en ambas variables. A continuación, las respuestas sobre *la disponibilidad de educación sexual dentro de los centros escolares* (Tabla No. 31).

Tabla No. 31. Población encuestada según género, curso de vida y disponibilidad de recibir educación en sexualidad en el centro escolar.

Género	Curso de vida	Sí me parece que es importante	Sí, sería bueno	No lo veo necesario
Mujeres	Adultas	79.4%	18.4%	0.76%
	Adolescentes	50.5%	30%	19%
Hombres	Adultos	62.4%	23.2%	7.2%
	Adolescentes	57%	26.6%	13.8%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Se han tomado en cuenta las variables de mayor respuesta.

El grupo de los y las adolescentes consideran en un promedio del 53.7% que *Sí es importante* recibir educación sexual en la escuela, versus un porcentaje más alto de adultos con un promedio del 62.4% en hombres y el 79.4% en mujeres adultas. El grupo de hombres y mujeres adolescentes considera en un porcentaje promedio de 16.4% que *No es necesario* y los adultos hombres con un 7.2% consideran lo mismo. A los cuatro grupos les parece que *“sí sería bueno”* que reciban educación en sexualidad en la escuela con un porcentaje promedio de 24.5%.

Respecto a la autoexploración e higiene ante lo complicado de la anatomía femenina, el 41.2% de las mujeres refiere *“Nunca me he visto mis genitales”* y el 50.4% refiere *“Sí he podido hacerlo aunque fue complicado”*. Con respecto a si han consultado con la Unidad de Salud sobre la higiene y autoexploración, el 23.4% dijo que *Sí* y el 68.4% expresó que *No*. Lo que indicaría cierta resistencia a la autoexploración e higiene no así con el acceso en las Unidades de salud, ya que cerca del 70% afirma no haber consultado.

En cuanto a preferencia manifiesta de los hombres adultos y adolescentes hacia el tema del *“tamaño de su pene cuando está erecto, ¿cuál es tu apreciación?”*, el 13.9% de los adolescente manifestó *“le gustaría que fuera más grande”* versus el 4.6% de los adultos que piensa lo mismo; el 80.9% de los adolescentes dijo que *“se siente bien y no tiene ningún problema”* versus el 96.4% de los adultos. Asimismo, se preguntó sí *“¿Alguna vez una persona te ha hecho sentir mal o afectado tu autoestima por el tamaño de tu pene o tu cuerpo en general?”*, el 3.1% de los hombres adolescentes refieren *“Me ha pasado muchas veces”*, el 13.4% que *“muy pocas veces”* y el 78.8% que *“nunca”*; en cuanto a los hombres adultos, el 0.7% refiere *“Me ha pasado muchas veces”*, el 12.2% *“muy pocas veces”* y el 85.5% que *“nunca”*. En general, la mayoría de hombres tanto adultos como adolescentes se siente bien con el tamaño de su pene, y refieren en su mayoría nunca les ha pasado que alguien les haga sentir mal por el tamaño de su pene o sobre su cuerpo. Siempre en relación siempre al tema, se preguntó a los hombres adultos además sí *¿Tiene algún problema*

de erección actualmente?, el 82.4% piensa que “No, mis erecciones siempre son rígidas” y el 16% refiere que “sí, me está pasando actualmente”. Y de ellos, el 55% expresó que *no ha consultado a la unidad de salud sobre su situación de erección*, y el 5.3% refiere Sí haber consultado. En general, los hombres adultos creen no poseer problemas en sus erecciones; sin embargo, la mayoría no consulta en centros de salud sobre este tema.

Con las actitudes sobre consultar a centros de salud en temas de SSR, se preguntó a la población adulta si “¿Alguna vez has consultado a la Unidad de Salud por alguna anormalidad o síntoma en tus genitales?”, y a la población adolescente: “¿has consultado en Unidad de Salud por alguna anormalidad en cuanto a los cambios en tu cuerpo?”, así como los motivos por los cuáles no consulta con profesionales, y con ello indagar sobre su disposición a consultar y buscar ayuda profesional en relación a su SSR.

Tabla No. 32. Población encuestada según género, curso de vida y consultas a unidades de salud por cambios en el cuerpo o anormalidades en genitales.

Género	Curso de vida	Sí	No
Hombres	Adultos	88.5%	15.2%
	Adolescentes	86.6%	9.8%
Mujeres	Adultas	60.8%	32.8%
	Adolescentes	83%	15.3%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Respecto a la Tabla No. 32, en los datos se puede observar que el grupo poblacional que menos consulta son los hombres adultos, seguido del grupo de adolescentes; por el contrario, quienes más lo hacen son las mujeres adultas. Además, al preguntar a la población adulta sobre los motivos por los cuáles no consulta, la respuesta mayoritaria fue “porque lo veo innecesario”, con el 32.4% de mujeres y el 56.5% de hombres, seguido de “Por temor” con el 5.6% de mujeres y el 8.4% de hombres; y porque “siento que se van a enterar en la comunidad” con el 5.2% de las mujeres y el 7.6% de los hombres. Esto significa que la mayor parte de la población adulta

valora la consulta médica como “algo innecesario” y no como parte de su derecho a la SSR de conocer sobre la salud de su cuerpo y genitales ante algún síntoma o anormalidad.

Por último, al preguntar a las personas adultas sobre el cuidado especial que dan a sus genitales al momento de asearlos, el 4% de mujeres respondió que “No la verdad es que me baño de manera muy rápida” y el 5% de los hombres dijo lo mismo; el 91.2% afirmó que “Siempre tomo mi tiempo para lavar cuidadosamente mis genitales” frente a 94.3% de los hombres.

4.3.4 Actitud ante la violencia de género y sexual

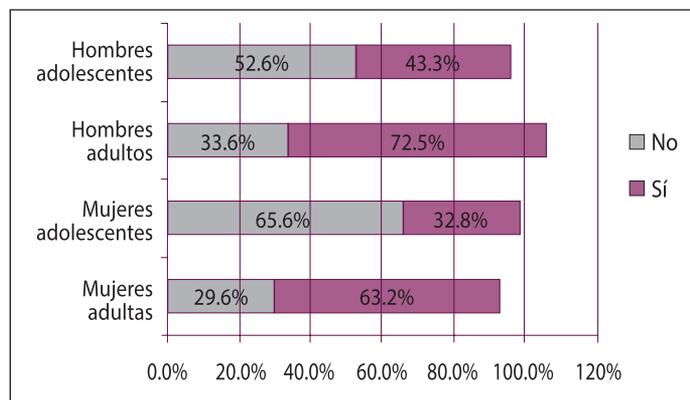
Al preguntar a las mujeres adultas “¿su pareja está enterada que usa métodos de planificación familiar?”, el 40.8% respondió que Sí y el 14% respondió que No, el 45.2% restante no respondió esta pregunta. En relación a los hombres adultos y sus respuestas a “¿Cómo te sientes con la idea de que tu esposa o compañera de vida vaya a consulta con el ginecólogo?”, el 3.8% dijo “no estoy de acuerdo con que ella vaya”, el 2.3% “no estoy de acuerdo con que otra persona la vea desnuda” y el 92.3% “Pienso que es importante para su salud”. En general, las mujeres presentan poca disposición a comentar sobre el uso de métodos de planificación familiar con su pareja, ya que casi el 50% de ellas omitió responder la pregunta y solo el 40.8% refiere que su pareja si sabe que ella usa métodos de planificación familiar; en cuanto a las visitas médicas al ginecólogo como parte del ejercicio de derechos en SSR existe una amplia actitud a apoyar a sus parejas a que realicen la visita médica por la importancia de la salud de las mujeres.

Se preguntó a las mujeres adultas si alguna vez han sentido presión por parte de sus parejas para tener relaciones sexuales, al respecto el 72.8% respondió que “No me siento presionada, hay buena comunicación”, el 7.2% “casi siempre me siento presionada pero no puedo hacer nada”, y el 4% refiere que “Sí, actualmente me siento de esa forma”.

En cuanto a la pregunta “¿Consideras que las mujeres han nacido para ser madres y no puede ser de otra

manera?”, las respuestas fueron variadas acorde a grupo generacional y por género, tal como se ilustra en el Gráfico No. 4.

Gráfico No. 4. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de que las mujeres han nacido para ser madres.



Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

El grupo de personas adultas considera en su mayoría las “mujeres han nacido para ser madres”, con el 72.5% los hombres y el 63.2% de las mujeres, los hombres adolescentes con el 43.3% y las mujeres adolescentes con el 32.8%. Puede observarse en el Gráfico N° 4 que los

hombres tienden a considerar en mayor porcentaje que las mujeres han nacido para ejercer el rol de maternidad, y las mismas mujeres adultas tienen la misma consideración; en términos generacionales, la población adulta identifica con la afirmación del rol de madre para las mujeres.

En cuanto al apoyo o no a una estudiante embarazada en el centro educativo y el apoyo que le brindan sus compañeras y compañeros de la clase, el 4.1% de las mujeres adolescentes dijo “la juzgo porque no se supo cuidar”, el 81% “le brinda su amistad y apoyo” y el 13.3% piensa que da un mal ejemplo a las demás compañeras; el 8.2% de los hombres adolescentes dijo “la juzgo porque no se supo cuidar”, 68.5% “le brinda su amistad y apoyo” y el 18.5% “pienso da un mal ejemplo a las demás compañeras”.

Respecto a la violencia sexual que a menudo se ejerce en el ámbito privado se preguntó: ¿Consideras que las mujeres deben estar siempre disponibles sexualmente? Los cuatro grupos respondieron de acuerdo con la Tabla No. 33.

Tabla No. 33. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de que las mujeres deben estar siempre disponibles sexualmente.

Género	Curso de vida	Totalmente de acuerdo	Ambas personas debemos estar de acuerdo	No estoy de acuerdo
Hombres	Adultos	16%	73.3%	18.3%
	Adolescentes	11.3%	50.5%	34.5%
Mujeres	Adultas	16%	51.2%	26.8%
	Adolescentes	2%	34.8%	60%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Las respuestas indican que el 16% de ambos grupos de personas adultas están “totalmente de acuerdo” con que las mujeres siempre deben estar disponibles sexualmente, seguido del grupo de hombres adolescentes, con el 11%. En la opción de “ambas personas debemos estar de acuerdo”, el porcentaje más alto es el de hombres adultos con el 73.3% seguido de hombres adolescentes y mujeres adultas con un poco más del 50%. El grupo que logra mayor porcentaje con la opción “No estoy de acuerdo” corresponde a las mujeres adolescentes, con el 60%. Lo anterior, sugiere que “mantener siempre una disponibilidad sexual” tiene menos aceptación entre las mujeres adolescentes en comparación con las mujeres adultas.

Con relación a la violencia sexual, se preguntó si alguna o alguno ha vivido una violación sexual y acerca de su actitud a comentar *la situación, a denunciar a la persona que cometió el delito sexual a las autoridades y si recibieron apoyo de sus familias durante el proceso*. Las respuestas se muestran en la Tabla No. 34

El grupo que presenta mayor número de frecuencia de personas con violación sexual, son las mujeres adultas, 31 de ellas han vivido o sufrido una violación sexual, de ellas 17 Sí comentaron a alguien lo sucedido y solo 5 de ellas denunciaron a la persona agresora; de los hombres adultos, 8 personas refieren haber sufrido violación y 4 de ellos comentó sobre lo sucedido, pero solo 2 denunciaron; 6 mujeres adolescentes refieren haber sufrido violación, 4 lo comentaron con alguien y 2 denunciaron.

En cuanto a los hombres adolescentes, 5 refieren haber sufrido o vivido una violación sexual, de estos 3 comentaron a alguien y solo 2 denunciaron a la persona agresora. De los datos anteriores se puede afirmar que la tendencia general de las personas que han sufrido o vivido de una violación sexual, la mitad no lo comentó y solo un pequeño porcentaje denunció la violación. Estos datos coinciden con otros estudios que señalan que las personas agredidas o violadas sexualmente, no siempre la denuncian.

Tabla No. 34. Población encuestada según género, curso de vida, experiencia propia de violación sexual y actitud posterior al hecho.

Género	Curso de vida	Has vivido violación sexual	Comentó a alguien lo sucedido		Denunció a la persona		Apoyo de la familia
		SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	
Mujeres	Adultas	31	17	14	5	26	9 Sí 8 No me sentí apoyada 14 Mi familia nunca se enteró de lo ocurrido
	Adolescentes	6	4	2	2	4	1 Sí 4 No me sentí apoyada 1 Mi familia nunca se enteró
Hombres	Adultos	8	4	4	2	6	2 Sí 2 No me sentí apoyado 1 Sí, pero me culparon por lo que pasó 3 Mi familia nunca se enteró de lo ocurrido
	Adolescentes	5	2	3	2	3	2 Sí 2 Sí, pero me culparon por lo que pasó 1 Mi familia nunca se enteró de lo ocurrido

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

En relación al “*Apoyo de la familia*”, aproximadamente la mitad de las personas encuestadas que comentó la violación se sintió apoyada por su familia, pero un porcentaje similar no comentó a su familia lo sucedido. Un porcentaje representativo de los hombres se sintió culpabilizado por la violación.

Respecto a las actitudes relativas a considerar que las adolescentes y mujeres que sufren una violación es porque ellas tienen la culpa, las respuestas se consignan en la Tabla No. 35.

En los cuatro grupos, los porcentajes varían. Las mujeres adultas tienen el porcentaje más alto con el 11.6% a la opción “*Muy de acuerdo*” con que las mujeres que sufren violación sexual es porque ellas

tienen la culpa; en oposición, están las adolescentes con menor porcentaje (3%), y los hombres con porcentajes muy similares. Con la opción de respuesta “*No estoy de acuerdo porque es culpa del agresor*”, el 40% de las mujeres coinciden en esta opción. El 55% de los adultos y el 33% de los adolescentes en un 33% piensan que es culpa del agresor. Es preocupante, las respuestas a la opción “*No siempre tienen la culpa*”, ya que las respuestas de personas adultas y jóvenes oscilan entre el 39% y 54% por ciento, ya que podría interpretarse que se otorga cierto grado de responsabilidad a la víctima. Consecutivamente se preguntó a los y las encuestadas sobre su *actitud de apoyo o no, hacia una hija, hijo, mamá o hermana si estuviera sufriendo violencia sexual*, y las respuestas se muestran en la Tabla No. 36.

Tabla No. 35. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de que las adolescentes y mujeres que sufren una violación es porque ellas tienen la culpa.

Género	Curso de vida	Muy de acuerdo	No estoy de acuerdo porque es culpa del agresor	No siempre tienen la culpa
Hombres	Adultos	7.6%	55%	42.7%
	Adolescentes	8.2%	33%	54.1%
Mujeres	Adultas	11.6%	40.4%	39.2%
	Adolescentes	3%	40.2%	50.5%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla No. 36. Población encuestada según género, curso de vida y su actitud en el caso de que su hija, hijo, mamá o hermana estuviera sufriendo violencia sexual.

Género	Curso de vida	No lo toleraría y buscaría ayuda	No me importaría porque es su vida	Tendría una reacción violenta contra la persona agresora
Mujeres	Adultas	80.8%	1.2%	6%
	Adolescentes	88.7%	4.4%	7.2%
Hombres	Adultos	85.5%	6.1%	14.5%
	Adolescentes	55.1%	5.1%	34.5%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Porcentualmente, son mayores las respuestas que coinciden en no tolerar la situación y buscar ayuda, no así con los hombres adolescentes, que disminuye al 55%. También debe preocupar la indiferencia que oscila entre el 1.2 y el 6.1 de la población encuestada a la opción *No me importaría porque es su vida*". Mientras que la opción *"Tendría una reacción violenta contra la persona agresora"*, las mujeres responden con el porcentaje más bajo y los hombres con el porcentaje más alto.

Sobre la actitud que tendrían ante la posibilidad de una interrupción de embarazo, como parte de los derechos sexuales y reproductivos de toda mujer a decidir sobre su cuerpo y el ejercicio de la maternidad impuesta. Las respuestas se muestran en la Tabla No. 37.

En respuesta al tema de *interrupción del embarazo como producto de violación sexual*, el 65.6% de las mujeres adultas refieren que No lo interrumpiría; el 26% dijo que Sí lo haría para salvar su vida; Entre las adolescentes, hay más coincidencia en interrumpir el embarazo producto de violación (93.3%). En cuanto a los hombres, los adultos están totalmente de acuerdo el 57.2% y el 37.4% No están de acuerdo; mientras los adolescentes No está de acuerdo el 16%, de acuerdo Sí el embarazo pone en riesgo la salud y si el feto tiene malformación en un 3.5% y el 80% Sí es producto de una violación sexual. Lo anterior refiere que existe mayor disposición entre adolescentes a considerar el aborto como una opción de derecho a decidir y derecho a la libertad del cuerpo por temas asociados a violencia sexual, mientras que en las

Tabla No. 37. Población encuestada según género, curso de vida y actitud ante la interrupción de un embarazo.

Género	Curso de vida	Respuestas brindadas a pregunta
Mujeres	Adultas	No interrumpiría mi embarazo 65.6% Estaría dispuesta a interrumpir mi embarazo para salvar mi vida 26%
	Adolescentes	No estoy de acuerdo 5.6% De acuerdo si el embarazo pone en riesgo su vida 0.5% De acuerdo si el embarazo fuera producto de una violación 93.3%
Hombres	Adultos	Totalmente de acuerdo 57.2% No estoy de acuerdo 37.4%
	Adolescentes	No estoy de acuerdo 16% De acuerdo si el embarazo pone en riesgo su vida 1.5% De acuerdo si el feto o producto padeciera malformación 2% De acuerdo si el embarazo fuera producto de una violación 80%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Notas: Las preguntas se hicieron con orientación diferente según el grupo, por ejemplo, a las mujeres adultas: "Si en algún momento el personal médico le diagnostica una enfermedad que pone en alto riesgo tu vida y salud, ¿estaría dispuesta a interrumpir el embarazo si esto fuera posible? Y a las mujeres adolescentes, se les preguntó: ¿Si conocieras la necesidad de que a tu mamá, tu hermana o pareja tuvieran que interrumpir un embarazo, estarías de acuerdo?"

personas adultas no, a excepción de un porcentaje de mujeres que si lo considera por riesgos en la vida de la mujer.

En cuanto a la discriminación y estigmatización hacia personas LGBTI, se preguntó sobre la *actitud frente a compañeros y compañeras o vecinos homosexuales y lesbianas*, las respuestas que se incluyen en la Tabla No. 38.

En la actitud frente a persona LGBTI, hay mayor coincidencia a la opción *“La tratas como una persona que merece respeto al igual que tú”*, evidenciando que existe menos disposición a verlas como iguales de parte de los hombres adolescentes, y más altos entre los adultos; hay menos diferencias entre las mujeres adultas y adolescentes. Consecuentemente se evidencia un mayor número de personas encuestadas con disposiciones de irrespeto y discriminación entre los adolescentes masculinos. Por último, un pequeño grupo respondió a la opción *“Te burlas de ellas y las agredes físicamente”*, siendo nuevamente el grupo de hombres adolescentes el más alto con el 2%.

Respecto a la discriminación hacia personas que deciden cambiar su identidad de género, las respuestas se muestran en la Tabla 39.

Tabla No. 38. Población encuestada según género, curso de vida y actitud frente a personas cercanas del colectivo LGBTI.

Género	Curso de vida	Opciones de respuesta		
		Las tratas como una persona que merece respeto al igual que tú	No les diriges la palabra	Te burlas y les agredes físicamente
Hombres	Adultos	85.8%	9.9%	0.7%
	Adolescentes	62.3%	30.4%	2%
Mujeres	Adultas	84.8%	6.8%	0.4%
	Adolescentes	84.6%	9.7%	1%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

La actitud ante una persona transgénero planteó la opción de respuesta *“Considero que son personas que merecen respeto: el grupo con menor porcentaje son los hombres adolescentes con el 33%, los adultos cercanos al 70% y la actitud a mayor tolerancia, respeto y que pueden mostrar apertura a la convivencia puede presentarse en el grupo de las mujeres adolescentes con el 87.1%.* La actitud a considerar que *“Siento que son personas que tienen problemas psicológicos”*, tiene diferencias: El grupo de adultos en promedio es del 22.2%, el grupo de menor porcentaje son las adolescentes mujeres con el 8.2% y casi la mitad de los hombres adolescentes encuestados pueden presentar actitudes de nula convivencia a la población. Y por último, ante la opción de respuesta de *“Siento odio hacia ellas”*, tres de los grupos presentan menos del 1% de los encuestados/a y el único grupo que presenta un porcentaje alto, del 12.3% es nuevamente el grupo de los hombres adolescentes.

Tabla No. 39. Población encuestada según género, curso de vida y actitud hacia personas que deciden cambiar su identidad de género.

Género	Curso de vida	Considero que son personas que merecen respeto y con quienes hay que convivir y conocer	Siento que son personas que tienen problemas psicológicos	Siento odio hacia ellas
Hombres	Adultos	74%	24.4%	0.7%
	Adolescentes	33%	49.5%	12.3%
Mujeres	Adultas	69.6%	20%	0.8%
	Adolescentes	87.1%	8.2%	0.5%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

4.4 Prácticas sobre la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales Reproductivos

4.4.1 Primera relación sexual y vida sexual activa en adolescentes

La mayoría de adolescentes reportó no haber tenido aún su primera relación sexual (PRS). De las adolescentes femeninas solo 9 dicen *Sí haber iniciado su vida activa*, y además refieren que en esa PRS su contacto fue (8) fue *pene/vagina* y una sola persona que refiere fue *pene/ano*. En el caso de los hombres adolescentes, de los 36 (de 194 encuestados) que ya tuvieron su PRS, 32 refieren que la práctica sexual fue *pene/vagina*, 3 fue *pene/ano* y 1 *pene/boca*. De modo que la práctica sexual entre adolescentes heterosexuales (mujeres y hombres), continúa siendo en su mayoría la penetración *pene/vagina*, encontrándose en los 36 hombres adolescentes con vida sexual activa, 8 homosexuales y un bisexual que ya tuvieron su PRS, pero no expresaron la práctica sexual realizada.

Del total de los y las adolescentes encuestadas, el 18.55% de los hombres adolescentes ya tuvo su PRS y solo el 4.6% de las mujeres adolescentes.

Al preguntar, *¿Cuántos años tenías cuando tuviste sexo por primera vez?*, y *¿Cuántos años tenía la primera persona con la que tuviste relaciones sexuales?*, las

respuestas variaron un poco de los hombres y mujeres tanto adolescentes como adultos. Los hombres adultos refieren haber iniciado su vida sexual activa a los 9 años y los adolescentes a los 10 años; en contraposición con las mujeres adultas con 12 años y las adolescentes con 14 años. Lo anterior significa, que las y los adultos encuestados tuvieron su PRS antes que las personas adolescentes a la fecha, y las mujeres adolescentes respecto a sus pares tuvieron su PRS cuatro años más tarde que ellos. Llama la atención, la diferencia de edad, ya que al señalar las edades de la pareja sexual, debería de tratarse como violaciones en muchos de los casos, tal como se observa en la Tabla No. 40.

De la misma tabla se extrapolan las razones o motivos por las cuales las adolescentes deciden retrasar su inicio de vida sexual activa, en las respuestas predominan las decisiones personales (77%), motivos religiosos es considerablemente inferior (6.1%); temor a contraer una ITS (4.1%); igual porcentaje a por temor a embarazarse o porque su novio/a le dice que espere.

En el caso de los hombres adolescentes, el 6.7% dijo que su motivación de retrasar la vida sexual activa es por motivos religiosos, el 2.5% por temor a contraer una ITS; el 11.8%, por temor a embarazarse a una chica, el 50.5% refieren que por decisión personal, el 6.7% porque su novia/o le dice que esperen y por último, el 3.1% personas refieren que la razón es porque practica solo la masturbación.

Tabla No. 40. Población encuestada según género, curso de vida, edad de la primera relación sexual y edad de la persona con quien tuvo esa relación.

Género	Curso de vida	Su edad	Edad de la persona con quien estuvo	No recuerda
Hombres	Adultos	9- 30 años	11- 37 años	4 personas
	Adolescentes	10- 19 años	13- 26 años	-----
Mujeres	Adultas	12- 37 años	12- 50 años	7 no recuerdan
	Adolescentes	14-17 años	15- 24 años	-----

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Además, el 77% de las mujeres adolescentes refieren que por decisión personal han decidido el retraso de su vida sexual activa en contraposición con los hombres adolescentes con el 50.5%. Lo anterior indica que para tres tercios de la población encuestada de mujeres adolescentes, la razón principal es la decisión personal.

4.4.2 Pornografía y masturbación

Ante la frecuencia de la masturbación y en qué lugares suceden las prácticas, las respuestas obtenidas se muestran en la Tabla No. 41.

Los hombres adolescentes la realizan una vez *por semana* con el 38.6%; 2-3 veces *por semana* con el 13.4% frente al 26.7% de “una vez por semana” y el 12.2% de 2-3 veces *por semana* de los adultos pares; las mujeres adultas con el 4.4% de “una vez por semana” versus las adolescentes con el 2%. En relación a los lugares, la mayoría de los y las encuestadas refieren realizar la práctica en el “interior de su hogar”, siendo el grupo de los hombres adolescentes los que poseen el porcentaje más alto de “Fuera de la casa en un lugar apartado y solitario” con el 22.1% y el 12.2% de los hombres adultos. En relación a la práctica de la *masturbación mutua en pareja*, quienes más la realizan son los hombres adultos y el grupo que menos la realiza son las mujeres adolescentes (9 con vida sexual activa).

Tabla No. 41. Población encuestada según género, curso de vida, frecuencia y lugares donde practicaron la masturbación.

Género	Curso de vida	Frecuencia de su práctica	Lugares donde suceden las prácticas	Práctica de la masturbación mutua con pareja	
				NO	SÍ
Hombres	Adultos	1 vez por semana 26.7% 2 – 3 veces por semana 12.2% 4 – 6 veces o más 3%	En el interior de tu hogar 41.9% Fuera de la casa en un lugar apartado y solitario 12.2%	62.6%	35.8%
	Adolescentes	1 vez por semana 38.6% 2 – 3 veces por semana 13.4% 4 – 6 veces o más 2%	En el interior de tu hogar 32% Fuera de la casa en un lugar apartado y solitario 22.1%	72.6%	10.8%
Mujeres	Adultas	1 vez por semana 4.4% 2 – 3 veces por semana 1.6% 4 – 6 veces o más 0%	En el interior de tu hogar 10.7% Fuera de la casa en un lugar apartado y solitario 2.6%	67.6%	11.6%
	Adolescentes	1 vez por semana 2% 2 – 3 veces por semana 1% 4 – 6 veces o más 1%	En el interior de tu hogar 2.5% Fuera de la casa en un lugar apartado y solitario 1%	62%	2%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Respecto a las advertencias recibidas o prohibición hacia la adolescencia sobre la práctica de la masturbación, el 40.2% de los hombres adolescentes refiere *No haber recibido alguna advertencia* y el 54.6% *Sí las ha recibido*. En las mujeres adolescentes, el 37.4% refiere *No haberlas recibido* y el 36.4% respondieron que *Sí*¹⁵. Ante la pregunta realizada a adolescentes *¿Consideras la práctica de la masturbación perjudicial para ti?*, las respuestas son diferentes entre ambos sexos: el 32.5% de los hombres adolescentes considera que *No es perjudicial la práctica de la masturbación* y el 58.2% de los hombres adolescentes considera que *Sí*, frente al 35.8% de las adolescentes mujeres que *No lo considera perjudicial* y el 46.1% de mujeres adolescentes que *Sí*.

En relación con las preguntas anteriores, el 19% de las mujeres adolescentes encuestadas consideran que la *masturbación es una práctica realizada solo por hombres* y el 61.5% considera que *No*; los hombres adolescentes considera el 19.6% que *sí es una práctica que solo puede ser realizada por hombres* y el 74.2% respondió que

No. Las respuestas brindadas por ambos grupos muestran similitudes generacionales. En cuanto al acceso a la *pornografía y medios por los cuales han obtenido información* tanto adolescente como adulta, las respuestas obtenidas se muestran en la Tabla No. 42.

Entre las respuestas brindadas, los hombres adultos son el grupo con mayor acceso a información y pornografía, a través de los medios de *internet en casa*; en cuanto a los adolescentes, estos triplican (61.8%) a sus pares femeninas (20.5%), ambos tienen como medios de acceso a las *redes sociales y a la TV nacional o cable*, siendo los hombres adolescentes quienes además refieren hacer uso de medios como *internet en casa* y *comprar películas en la calle*. Y por último, las mujeres adultas presentan similar porcentaje con las adolescentes, quienes detallan tener acceso por medio de *TV nacional, cable y redes sociales* en su mayoría. Se resalta que entre las opciones de respuesta se encontraba “las revistas”, pero esta no se mencionó dentro de las respuestas.

Tabla No. 42. Población encuestada según género, curso de vida y acceso a la pornografía.

Género	Curso de vida	Alguna vez has tenido acceso a ver pornografía	Medios por lo que has obtenido pornografía
Hombres	Adultos	80.1 Sí 25.9% No 24.4% En celulares de amigos	13% comprando películas en la calle 39% Internet en casa - TV nacional o cable - Redes sociales
	Adolescentes	61.8% Sí 36% No 24.7% En celulares de amigos	3.6% comprando películas en la calle 19.6% Internet en casa 12.4% TV nacional o cable 7.2% Redes sociales
Mujeres	Adultas	20.4% Sí 71.2% No 6.8% en celulares de amigos	3.2% comprando películas en la calle 0.4% Internet en casa 0.8% TV nacional o cable - Redes sociales
	Adolescentes	20.5% Sí 75.3% No 7.1% En celulares de amigos	0.5% comprando películas en la calle 3% Internet en casa 9.2% TV nacional o cable 6.6% Redes sociales

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

¹⁵ El 26.2% de las mujeres adolescentes encuestadas no respondió la pregunta sobre las prohibición o advertencia de la masturbación, mientras que el 5.2% de los hombres jóvenes no brindaron respuesta a la misma pregunta.

4.4.3 Sexualidad y redes sociales en los y las adolescentes

En cuanto a las prácticas de la sexualidad relacionada con redes sociales, las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) han generado una revolución en las nuevas formas de socialización, especialmente

entre adolescentes, teniendo un impacto en alterar su comportamiento sexual¹⁶. Por ello, se preguntó a los y las adolescentes sobre su acceso a Facebook (FB) como red social, cantidad de perfiles y el tiempo que invierten para conocer personas o contactar a mujeres y hombres a través de este medio. A continuación la Tabla No. 43 refleja los porcentajes de respuestas obtenidas:

Tabla No. 43. Población encuestada adolescente según género, acceso a Facebook, tiempo de acceso y actitud respecto a conocer a otras personas.

Género	Acceso a FB	Tiempo de acceso	Conocer personas por medio de FB
Mujeres	No posee 29.2% (57)	-----	-----
	Sí posee 62.2% (121) **	1 hora al día 46.3% (56)	Sí 30.3% (17) No 67.8% (38) Me gustaría 1.7% (1)
		Más de 3 horas al día 31.4% (38)	Sí 42.1% (16) No 57.9% (22)
		Más de 7 horas al día 20.6% (25)	Sí 68% (17) No 32% (8)
	Tengo más de 2 cuentas o perfiles activos 5.6% (11)	1 hora al día 27.2% (3)	Sí 100% (3)
		Más de 3 horas al día 36.3% (4)	Sí 100% (4)
		Más de 7 horas al día 36.3% (4)	Sí 75% (3) No 25% (1)
No responde 3% (6)	-----	-----	
Hombres	No posee 24.2% (47)	-----	-----
	Sí posee 58.2% (113)	1 hora al día 54% (61)	Sí 64% (39) No 36% (22)
		Más de 3 horas al día 21.2% (24)	Sí 87.5% (21) No 12.5% (3)
		Más de 7 horas al día 23% (26)	Sí 84.6% (22) No 11.5% (3)
	Tengo más de 2 cuentas o perfiles activos 16% (31)	1 hora al día 25.8% (8)	Sí 50% (4) No 2.5% (1) Me gustaría 37.5% (3)
		Más de 3 horas al día 16.1% (5)	Sí 20% (1) No 80% (4)
		Más de 7 horas al día 58% (18)	Sí 58% (18)
No responde 1.54% (3)	-----	-----	

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Notas: Porcentajes obtenidos con base a las respuestas de cada grupo (194 hombres y 195 mujeres). * Dos mujeres adolescentes no respondieron la pregunta.

¹⁶ Especialistas como la sexóloga y docente de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), Elizabeth Ramírez Rauda afirman que las redes sociales como Twitter y Facebook, más la masificación del internet han alterado el comportamiento sexual de adolescentes y jóvenes, reduciendo la edad del inicio de la vida sexual activa. Tomado de: http://www.milenio.com/region/Redes-sociales-alteran-comportamiento-jovenes_0_268173328.html fecha de visita: 14 de febrero de 2017.

Como se refleja en la tabla anterior, existe porcentajes similares tanto de adolescentes femeninos como masculinos en cuanto al acceso a FB, el tiempo que invierten en éste, así como su disponibilidad a conocer personas a través de esta red social. 62.2% en hombres y 58.2% en mujeres poseen perfil en FB.

Los hombres encuestados reflejan tener más de un perfil activo e invierten más de 7 horas en el acceso a conocer personas a través de FB. Igual sucede con las mujeres, que poseen más de dos perfiles y tienen disponibilidad a conocer gente a través del FB; en ambos sexos, aumenta la práctica a medida que incrementan las horas de acceso a FB.

Las adolescentes que refieren tener FB, respecto a la pregunta *¿Alguna vez te ha citado o reunido con una persona desconocida del FB?*, fueron: el 77.4% (151) de ellas No, el 0.5% (1) refiere le gustaría y el 9.7% (19) que Sí; de éstas: 16 tienen FB, 1 no posee y 2 tienen dos perfiles activos. En los adolescentes masculinos se tiene que el 78.3% (152) de ellos; No, el 6.1% (12) le gustaría y el 10.3% (20) de ellos dijo que Sí, y de estos: 12 adolescentes Sí poseen FB, 5 poseen dos perfiles/cuentas de FB y 3 no tienen. Los datos anteriores reflejan una similitud en patrones de comportamiento en cuanto a la No disponibilidad de citarse/reunirse con personas desconocidas del FB, y quiénes refieren Sí haberlo realizado, poseen en su mayoría cuentas de FB.

En cuanto a *recibir mensajes vía FB de desconocidos*, el

51.3% de las adolescentes ha recibido mientras que el 36% respondió que No, el porcentaje restante no brindó respuesta. El 47.4% de los adolescentes refieren que Sí han recibido mensajes de personas desconocidas y el 48% dice que No. Existe un porcentaje de diferencia en casi el 4% en cuanto a los mensajes que reciben las adolescentes en comparación con el grupo de adolescentes del sexo masculino.

Caso similar en cuanto a la percepción que existe en los y las adolescentes sobre los riesgos con personas de malas intenciones en las redes sociales, donde existen porcentajes similares de comportamiento de ambos sexos: de los adolescentes el 10.3% considera que No existen peligros, el 13.4% considera que Sí pero no le preocupa y el 72.7% considera que Sí existe peligros. En cuanto a las adolescentes el 9.2% considera que No, el 5.6% considera que Sí pero no le preocupa y el 80% considera que Sí existen peligros en redes sociales. La diferencia radica en casi 8% en cuanto a si considera que existen peligros en las redes sociales de parte de las mujeres.

Entre las muchas tendencias y nuevas prácticas de la sexualidad en redes sociales está el sexting, el cual se define como "el envío de mensajes, imágenes, fotografías, videos o conversaciones eróticas entre adolescentes y jóvenes a través de dispositivos móviles, aduciendo a la sobre-exposición de información íntima en la web"¹⁷. Las prácticas que realizan las personas adolescentes respecto al tema se resumen de la manera siguiente (Tabla No. 44):

Tabla No. 44. Población encuestada adolescente según género y práctica del sexting.

Género	Pedir fotos a novia/novio, amistades o contactos FB			Compartir fotos íntimas		
	Sí	No	No responde	Sí	No	No responde
Mujeres	32.8%	55.3%	11.8%	2.5%	89.7%	7.6%
Hombres	42.2%	53%	4.6%	5.6%	90.7%	3.6%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Notas: Porcentajes obtenidos con base a las respuestas de cada grupo (194 hombres y 195 mujeres).

¹⁷ Tomado de http://www.milenio.com/region/Redes-sociales-alteran-comportamiento-jovenes_0_268173328.html. Fecha de visita: 12 de febrero de 2017.

Las respuestas indican la tendencia a solicitar más que enviar imágenes o fotografías entre pares u otras personas, cercanas o no, a través de las redes sociales en especial por FB. Compartir fotos se duplica porcentualmente de parte de los adolescentes con relación a las adolescentes. Y en el caso de pedir fotografías, los hombres solicitan más que las mujeres.

En relación al tema de *los celos de pareja o el tema de privacidad* como parte de las prácticas en la sexualidad de los adolescentes a través de redes sociales y en especial por FB, las respuestas indican que parte del tiempo en FB lo usan para revisar todo lo que la novia o novio publica en su perfil. De las mujeres adolescentes, el 18% lo hace *“muy pocas veces”*, versus los hombres con el 14.4%; *“No lo hago”*, las mujeres con el 25.6% y hombres con el 39.1%; *“Sí lo hago”*, mujeres con el 17% y hombres con el 12.3% y finalmente, la variable *“No lo hago porque se debe respetar el espacio personal”*, la mujeres con el 27.1% y hombres con el 26.2%. Existe mayor práctica de los hombres adolescentes a no revisar el FB de su pareja, en comparación con las adolescentes que si lo hacen.

4.4.4 Práctica de la abstinencia y uso correcto y consistente del condón en hombres adolescentes

En relación a la práctica de la abstinencia, dentro del instrumento de la encuesta se preguntó: *¿Consideras que las personas adolescentes y jóvenes en verdad practican la abstinencia?*, las respuestas fueron: el 29.3% considera que Sí y el 65.5% considera que No. Es decir, culturalmente y como ejercicio de un derecho sexual y reproductivo los jóvenes y adolescentes masculinos consideran que la abstinencia no es un comportamiento que ellos puedan realizar.

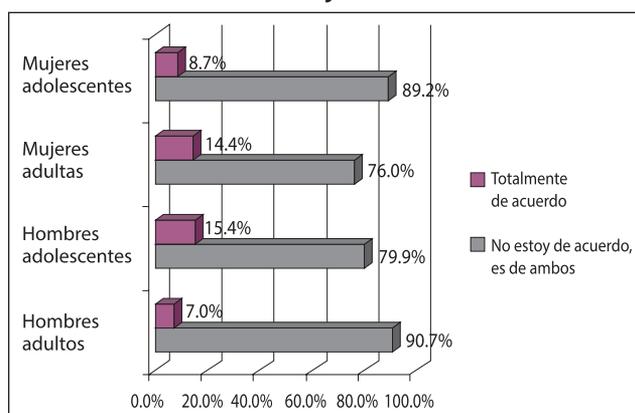
En el caso del uso consistente y correcto del condón como método realista para evitar embarazos e ITS, el 78.8% considera que Sí y el 18.5% considera que No. De estos datos, los que consideran que Sí se evita embarazos, el 82.3% no ha tenido su primera relación sexual y el 17.6% si ha tenido; y del grupo que no considera el uso del condón como método para prevenir embarazos, el 77.7% *No han tenido su primera relación*

sexual y solo el 22.2% Sí han tenido, lo cual significa que los jóvenes sí consideran el condón como método que evita embarazos y un gran porcentaje de jóvenes que aún no inician su vida sexual activa comparten la misma opinión. En materia de salud sexual y salud reproductiva, las personas adolescentes parecen estar más interesadas por los temas relacionados con las ITS.

4.4.5 Responsabilidad en la familia

A la pregunta, *“¿Ha estado embarazada o lo está en este momento?”*, 45% de las mujeres adultas dijeron que No, el 0.4% No sabe y el 47.6%, que Sí; el 87% de las adolescentes refieren que No, el 3% No sabe y el 0.5% Sí. En torno a la corresponsabilidad masculina, el 4% de las mujeres adultas dijo que su pareja *no la acompañó a ningún control*, el 8% *“No se hizo responsable”* y el 59.6% que *“Sí”*. El gráfico N°5 detalla la asignación de responsabilidad de los cuidados de los hijos e hijas.

Gráfico No. 5. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de que el cuidado de las hijas o hijos es únicamente responsabilidad de las mujeres.



Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

En relación a la consideración del cuidado de los hijos e hijas como responsabilidad exclusiva de las mujeres, el 90.7% de los hombres cree que es de ambos, seguido de las adolescentes con el 89.2%. El 79.9% de los adolescentes hombres piensan lo mismo, y el 76% de las mujeres adultas creen que es de ambos. El porcentaje que está de acuerdo que esta labor es responsabilidad exclusiva de las mujeres ronda entre el 7.0 al 15%,

colocando en el extremo inferior a los hombres adultos y el superior a hombres adolescentes. Por otra parte, los porcentajes de mujeres que están de acuerdo con la afirmación (8.7% de adolescente y 14.4% de las adultas), no debe pasar desapercibida (Gráfico No. 5).

En cuanto a la consideración de la práctica de tener los hijos e hijas que Dios quiera sin importar las condiciones económicas de la familia, los porcentajes también son de analizar ya que oscilan del 14 al 28% entre la población masculina; y del 12 al 31.2% entre la femenina; esto infiere un peso importante del tema religioso en la reproducción (ver Tabla No. 45).

El derecho reproductivo de decidir el número e intervalo de los hijos e hijas en la familia, los adultos hombres respondieron el 60.9% que *“deben planificarse como pareja”* y el 53.6% de las mujeres adultas, el 47.9% de los adolescentes y el 50.2% de las adolescentes; los

hombres el grupo con mayor porcentaje; y el grupo que considera *“no estar de acuerdo”* es el de las mujeres adultas y e que considera *“estoy de acuerdo”* es el grupo de las mujeres adolescentes.

4.4.6 Naturalización de acciones de violencia sexual cotidiana

A fin de identificar la naturalización de prácticas cotidianas de violencia sexual ejercida contra las mujeres, se preguntó a la población encuestada si *“¿Alguna vez había dicho piropos a las mujeres en la calle?”*, entendiendo que esta práctica constituye acoso sexual. A las personas adultas, hombre y mujeres se les preguntó *“¿Consideras que es normal que los hombres hagan piropos a las mujeres en la calle?”*; y a las mujeres adolescentes se les preguntó si, *“¿Alguna vez has recibido piropos o tocamientos en la calle?”*, las respuestas obtenidas se resumen en la Tabla No. 46.

Tabla No. 45. Población encuestada según género, curso de vida y percepción de tener o no las hijas e hijos “que Dios quiera” sin considerar las condiciones económicas familiares.

Género	Curso de vida	Deben planificarse como pareja	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo
Hombres	Adultos	60.9%	14.1%	24.1%
	Adolescentes	47.9%	28.8%	19%
Mujeres	Adultas	53.6%	12%	28.8%
	Adolescentes	50.2%	31.2%	16.4%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Tabla No. 46. Población encuestada según género, curso de vida y práctica del piropo en la calle.

Género	Curso de vida	Piropos a mujeres en la calle
Hombres	Adultos	Sí, es normal, porque así somos los hombres 18.3% Es normal, pero yo en lo personal no lo hago 22.1% No es normal, es una conducta machista 64.8%
	Adolescentes	Casi siempre lo hago 21.6% Lo hago cuando estoy con mis amigos 27.3% No es práctica mía 46.4%
Mujeres	Adultas	Sí es normal, es una forma de enamorarnos 25.6% No es normal, es una conducta machista 67.6%
	Adolescentes	Casi siempre me pasa 17.4% En algunas ocasiones 16% Nunca me ha pasado 64.6%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

La Tabla No. 46 refleja que el grupo de personas adultas considera en más del 60% que *los piropos son prácticas machistas de los hombres y no son conducta normales*, pero el 40.4% considera “normal” decir piropos en las calles a las mujeres porque *“Así son los hombres”* aunque algunos de ellos aseguran no hacerlo; el 16% de mujeres adolescentes refiere que en *algunas ocasiones* ha recibido piropos y tocamientos; el 17.4% que *casi siempre le pasa*. De tal forma que el 33.4% sufre violencia sexual con piropos o tocamientos en la calle. En el caso de los hombres adolescentes, un porcentaje considerable del 27.3% los dice *“cuando están con sus amigos”* y el 21.6% que *“siempre lo hace”*, totalizando el 48.9% versus el 46.4% para quienes *“no es una práctica en su vida”*.

En cuanto a la normalización del acoso sexual hacia mujeres para tener una relación amorosa y las relaciones múltiples de forma simultánea de los hombres, las respuestas variaron en los hombres adultos y adolescentes (ver Tabla No. 47):

Existe similitudes en cuanto a las consideraciones de la pregunta, *“normal que los hombres tengan varias relaciones al mismo tiempo con distintas mujeres”*, con el 84% considera *No es normal es un comportamiento de*

mucho riesgo” frente al 77% de los adolescentes, y ante la pregunta sobre la *“insistencia de forma permanente a una compañera o vecina para mantener una relación contigo aunque ella no quiera”*, el 85% de los adultos insiste y el 89.3% de los adolescentes también.

Con la pregunta *“¿Los hombres que dejan pasar una insinuación sexual por parte de una mujer son menos hombres?”*, los hombres adolescentes el 21.6% están *“De acuerdo”* y el 72.7% están *“Totalmente en desacuerdo”*; versus los hombres adultos con el 9.1% *“De acuerdo”* y el 89.3% *“Totalmente en desacuerdo”*. Existe una diferencia generacional, donde los adolescentes consideran en mayor proporción de los adultos, que son menos hombres al no considerar una insinuación sexual de parte de una mujer.

4.5 Resultados de grupos focales con actores institucionales

De los dos grupos focales realizados con actores claves representantes de las instituciones que trabajan tema en SSR en los municipios de intervención; y otro con personal técnico de las instituciones que forman parte de la Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva del Foro Nacional de Salud (MSSR-FNS), se obtuvieron los resultados que se consignan en el Cuadro 1.

Tabla No. 47. Población encuestada masculina según curso de vida y percepción sobre tener o no varias parejas sexuales al mismo tiempo y sobre el acoso sexual.

Género	Curso de vida	¿Es normal que los hombres tengan varias relaciones al mismo tiempo con distintas mujeres?		¿Ha insistido de forma permanente a una compañera o vecina para mantener una relación contigo aunque ella no quiera?	
		Es normal, así somos lo hombres	No es normal, es un comportamiento de mucho riesgo	Bastante ocasiones	No, porque respeto la decisión de las mujeres
Hombres	Adultos	11.8%	84%	8.2%	85.5%
	Adolescentes	22.9%	77%	9.9%	89.3%

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017.

Cuadro 1

Grupo	Prácticas sexuales según ciclo de vida	¿De qué manera influye el entorno social en nuestras prácticas sexuales?
Adolescentes y jóvenes	<p>Inicio de vida sexual activa temprana (10-16 año)</p> <p>Por la falta de Políticas de SSR este grupo dice tener múltiples parejas y sin prevención de embarazo a temprana edad, e ITS. Inducción a tener relaciones sexo coitales con TS (Hombres).</p> <p>Prácticas sexuales sin protección y a veces grupales a temprana edad.</p> <p>Citas a través de redes sociales.</p> <p>Práctica de la masturbación de manera incontrolable (tecnología)</p> <p>Prostitución juvenil.</p>	<p>Presión de familia o de grupo como en el caso de los hombres.</p> <p>El poder del sistema patriarcal.</p> <p>Deserción escolar, desocupación y grupos delictivos.</p> <p>El no control de programas en cibers (lugares de alquiler de computadoras para navegar en internet).</p> <p>Desintegración familiar e irresponsabilidad de los padres, así como de las instituciones e iglesias.</p> <p>Coarta su desarrollo profesional</p> <p>Falta de apoyo familiar y violencia comunitaria.</p> <p>Acoso permanente en las calles contra adolescentes</p>
Mujeres 20- 59 años	<p>Tiene prácticas más esporádicas y más si ya tienen un hijo, la mayoría ya conoce los anticonceptivos.</p> <p>En su mayoría ya tienen hijos e hijas con personas mayores o que les doblan la edad.</p> <p>Prácticas un poco más seguras y prostitución.</p> <p>Prácticas con más de una pareja eventualmente.</p> <p>Sexo oral y pagan por sexo a jóvenes.</p> <p>Falta de orientación sexual y reproductiva.</p>	<p>En el caso de la mujer existe presión para que busque pareja heterosexual y tener hijos.</p> <p>Discriminación laboral y comunitaria.</p> <p>Por la desintegración familiar y convivencia.</p> <p>Falta de valores, transculturización e influencia de los medios de comunicación.</p> <p>Falta de educación.</p> <p>Se fomenta mucho la dependencia hacia el hombre tanto en telenovelas como en la comunidad.</p>
Hombres 20- 59 años	<p>Según la sociedad machista son más irresponsables, más "jallanes" y con más ITS por sus prácticas de alto riesgo, sin protección como sexo oral o anal.</p> <p>A los 20 años ya han procreado 2 o más hijos/as y sin responsabilidad, y a los 40 años ya han tenido varias parejas sexuales.</p> <p>Pagan por sexo y bajo efectos de droga, alcohol pueden tener prácticas con múltiple parejas.</p> <p>Pagan a jovencitas para tocarlas y abusan de sus trabajadoras.</p>	<p>Medios de comunicación fomentando el machismo como patrón.</p> <p>Hombres de 20- 30 años se ven influenciados por sus pares para tener múltiples parejas sin protección y este fenómeno se repite hasta los 59 años o más.</p> <p>Las iglesias muy permisivas.</p> <p>Influencia de educación en la familia y los amigos.</p> <p>Falta de valores.</p> <p>Es raro el hombre que a esta edad no haya tenido mujer (es homosexual), entonces debe de buscar tener relaciones a temprana edad.</p>
Adultos mayores	<p>Dentro del panorama sociocultural de nuestro país las parejas heterosexuales se distancian y solo se conforman con estar juntas de manera sentimental, pero no como pareja.</p>	<p>Los hijos e hijas ejercen presión para respaldar como pareja.</p> <p>No muy activa. Aunque a veces sí por el viagra.</p>
Adultas mayores	<p>Debido a separaciones que tienen con su pareja, se dedica a estimularse a sí misma y sin ningún apoyo de su pareja.</p> <p>Ausencia de prácticas e invisibilización.</p> <p>Si quedan viudas se les fomenta a quedarse solas.</p>	<p>Sus hijos e hijas las presionan para que cuiden a nietos y nietas, por lo cual su vida sexual se apaga.</p> <p>Cuestiones religiosas y entorno familiar.</p> <p>El apoyo institucional y organizaciones a estos grupos.</p>
Población LGBTI	<p>Según su preferencia sexual, tienen vida sexual muy activa.</p> <p>Vida de promiscuidad y falta de orientación sexual.</p>	<p>Muy censurada y de manera clandestina.</p> <p>Discriminación y aislamiento.</p> <p>Falta de espacios señalados.</p> <p>A nivel religioso son excluidos.</p>
Personas con Discapacidad	<p>Tienen limitantes, pero mientras la pareja la ame y respete, debe ser activa.</p> <p>Masturbación, pornografía y prostitución.</p> <p>Invisibilización</p> <p>Se cree que son personas asexuadas.</p> <p>Poca atención y oportunidad.</p>	<p>Discriminación</p> <p>Desvalorización de capacidades</p> <p>Religión</p> <p>Abusos sexuales por su condición.</p>
Pueblos	<p>Creo que se rigen por costumbres y tradiciones</p>	<p>Cultura</p>
Originarios	<p>Según lo aprendido por sus padres.</p> <p>Poco acceso a servicios de salud.</p> <p>Sin métodos de PF.</p>	<p>Valores</p> <p>Temor</p> <p>Abandonados y excluidos del sistema económico y político.</p>

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Con base a la información obtenida en los grupos focales que incluyó la investigación.

Con base a los resultados resumidos en el cuadro, se destaca principalmente que el entorno actual condiciona las prácticas sexuales en las diferentes poblaciones de maneras variadas; en la adolescencia tiene incidencia el internet y las nuevas tecnologías; la población LGTBI se ve forzada a la vida clandestina y censurada debido a la homofobia y discriminación; presiones y patrones machistas en los hombres como parte del sistema patriarcal; presiones sociales y culturales en torno

al cuerpo y la autonomía de las mujeres, presiones a las mujeres que afectan la reproducción y el disfrute de su sexualidad.

Dentro de los grupos focales también se preguntó acerca de las percepciones sobre la Educación Integral de la Sexualidad y la diversidad sexual, las necesidades en SSR, el rol de las instituciones garantes en la problemática de violencia contra las mujeres y la violencia sexual, entre otros:

Cuadro 2

	Familia	Comunidad	Instituciones garantes	
Percepciones sobre la Educación Integral de la Sexualidad	Rechazo Inseguridad Dudas Algo malo que afecta negativamente Prácticas inmorales.	Con recelo y como fomento a prácticas de temprana edad y a la homosexualidad.	Dos visiones: 1) Iniciativa nueva con perspectiva de educación y empoderamiento. 2) Como algo innecesario y sin importancia que puede causar problemas en los hogares.	
Necesidades existentes en materia de SSR	Políticas, programas y/o proyectos	Insumos y/o servicios enfocados a SSR	Instalaciones adecuadas	Fortalecimiento de capacidades de personal de instituciones
	Políticas enfocadas en SSR involucrando a todos los actores y con financiamiento, pero no está publicada ni hay promoción para ello.	Falta personal específico con capacidades en ese tema, con material didáctico educativo, elaborar instrumentos de evaluación para asistencia a mujeres y hombres víctimas de violencia, equipos adecuados Se tiene las clínicas VICITS, clínicas amigables y otros. Compra de equipos de radioterapia. Territorializar la autonomía a nivel del MINSAL.	Generar espacios de privacidad a nivel nacional en la PNC y PDDH. Mejorar las instalaciones de las USCF en los territorios.	Hay muy pocas. Debería haber capacitaciones constantes a través de espacios en redes sociales o en línea sobre normativa existente y sobre el trato en las personas, para evitar creencias que limiten la atención. Capacitar en enfoque de inclusión y diversidad sexual.
Rol que deben tener las instituciones en casos de violencia contra las mujeres y violencia sexual				
<ul style="list-style-type: none"> • Ser efectiva y hacer que las personas tengan evidencia contundente y no dejarse ir por criterio propio. • Hacer investigación de todo ámbito familiar y laboral para tener insumos. • Orientar y concientizar a las mujeres, contar con asistencia legal y apoyo psicosocial y emocional. • Capacitarlas para que conozcan sus derechos junto al acompañamiento y la denuncia. • Un papel activo y responsable que les corresponde por tener un salario. 				

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Con base a la información obtenida en los grupos focales que incluyó la investigación.

El cuadro sintetiza respuestas comunes entre los grupos, destacando la necesidad existente de las capacitaciones constantes y continuas al personal de salud, de educación, PNC y otras instituciones estatales garantes de derechos sexuales y reproductivos, especialmente relacionadas con la violencia contra las mujeres y la violencia sexual. Se identifica desconocimiento y sesgos en algunos casos. Es evidente la necesidad sobre la promoción y divulgación de las políticas, programas y proyectos sobre SSR y violencia contra la mujer y sexual; mejora de las instalaciones de los centros de salud y de equipamiento en la PNC y la PDDH para la atención a víctimas de violencia y SSR.

Las instituciones identifica que en la familia y la comunidad, aún existe desconfianza y tabúes respecto a la Educación Integral de la Sexualidad, que puede limitar de trabajo de las instituciones garantes para evitar problemas del trabajo que se realiza a nivel comunitario; además, podría limitar la promoción del tema de parte del personal de salud para evitar escenarios poco amigables en las comunidades.

En relación a la pregunta sobre los imaginarios sociales y factores que inciden en el embarazo de adolescentes, así como las prácticas y factores de riesgos en temas de SR, los actores institucionales respondieron:

Cuadro 3

¿Cuáles son los imaginarios sociales con respecto al embarazo en adolescentes?	Factores que inciden en el embarazo en adolescentes
<p><i>Culpabilización y discriminación hacia las niñas o adolescentes (calificándolas de locas, pícaras, promiscuas y calientes).</i> <i>Obligatoriedad a formar un hogar.</i> <i>Irrespeto a sus padres y desconsideración a la familia.</i> <i>Los padres de la niña deben criar al niño que nace.</i> <i>Naturalización de la familia y las instituciones</i> <i>Total responsabilidad de la niña</i></p>	<p>Inseguridad (pandillas, maras) Antivalores transmitidos por medios de comunicación. Desintegración familiar Falta de educación sexual integral y políticas de SSR No uso de anticonceptivos No hay diálogo y confianza entre padres e hijos/hijas Presión social hacia prácticas sexuales inseguras</p>
¿Cuáles son las principales prácticas para la prevención de ITS y VIH en la familia, comunidad e instituciones garantes?	¿Cuáles son los principales factores de riesgo que afecta la Salud Sexual y Reproductiva?
<p><i>Uso correcto de preservativo</i> <i>La abstinencia</i> <i>Fidelidad</i> <i>Responsabilidad al momento de las relaciones sexuales</i> <i>Información sobre el tema SSR y chequeo médico</i> <i>Campañas de prevención</i> <i>Promover en la currículum educativa</i> <i>La abstinencia sexual promovida desde la familia y comunidad</i> <i>Charlas informativas</i></p>	<p>Falta de educación en SSR integral Falta de concientización Falta de recursos especializados Tabúes que se alimentan en nuestra cultura Falta de personal capacitado Actividad sexual a temprana edad LGBTI Las ITS y VIH Mitos y creencias Las violaciones sexuales Pobreza Falta de voluntad total en crear política de SSR</p>

Fuente: Encuesta ORMUSA, 2017. Nota: Con base a la información obtenida en los grupos focales que incluyó la investigación.

Dentro de los imaginarios sociales se reconoce que existe una “naturalización de los embarazos en las niñas” desde las familias y las instituciones, así como considerar que la responsabilidad total de la situación es de las niñas o adolescentes. La discriminación que vive la niña embarazada como parte de esa vivencia de la maternidad que debe ejercer. Paralelamente, dentro de los factores que a consideración de garantes de derechos inciden en el medio/contexto del embarazo en adolescentes se encuentran los asociados a temas sociales, presiones grupales entre pares para el ejercicio de las relaciones sexo-coitales, desintegración familiar y la poca comunicación existente entre padres/madres e hijos/hijas. Además de otros factores como la inseguridad de pandillas y maras, las amenazas a las

niñas y adolescentes como parejas de miembros de estas estructuras, los medios de comunicación como institución socializadora y promotora de cultura y antivalores y la carencia educación sexual integral y políticas de SSR desde el Estado.

Dentro de las principales prácticas para la prevención de ITS y VIH dentro de la estructura de familia, comunidad e instituciones garantes se plantean: uso correcto del condón, abstinencia, fidelidad, campañas de prevención, charlas educativas, chequeos médicos, entre otros; así como los principales factores de riesgo en SSR: educación en SSR integral, Pocos o falta de recurso especializados; tabúes, mitos y creencias en la cultura salvadoreña, ITS, VIH, la pobreza, violaciones sexuales entre otras.



CAPITULO 5

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

Con respecto a los conocimientos vinculados a la salud sexual y salud reproductiva, de acuerdo a los resultados del sondeo, se evidencia que existe un porcentaje elevado de población que desconoce sus derechos sexuales y derechos reproductivos; así como a qué instancias acudir para hacerlos exigibles y denunciar. Las mujeres poseen poco conocimiento sobre ITS y transmisión de VIH, lo que genera poca claridad en la comprensión de los riesgos que podría afectar sus prácticas sexuales. Persisten diversos temas tabúes, entre ellos la masturbación, el derecho al placer, al erotismo, especialmente para las mujeres, influenciado por la construcción social de género, la carencia de educación integral en sexualidad en el sistema educativo y el peso religioso de asociar algunas prácticas sexuales con el pecado y valoraciones morales.

Encuanto a las actitudes acerca de la salud sexual y salud reproductiva, es evidente el peso de las determinantes sociales y su relación con la vulnerabilidad de las mujeres, por ejemplo, en términos del uso del condón en mujeres adultas aumenta en la medida que carecen de empleo remunerado y viven en zona rural; lo que incrementa el riesgo de exposición a ITS y VIH. Las relaciones de socialización en el ámbito público facilita el acceso a condones para los adolescentes masculinos y no así para las adolescentes mujeres. En referencia al derecho reproductivo de decidir el número e intervalo de los hijos e hijas en la familia, aún existe la actitud de tener “los hijos que Dios brinde o quiera”, sin importar las condiciones económicas de la familia, esta creencia está vigente entre mujeres adolescentes.

En general se identifican patrones sexistas y machistas que promueven la masculinidad tradicional y limita la autonomía de las mujeres, afectando el disfrute de su sexualidad; por ejemplo, creer que las mujeres deben estar siempre disponibles para tener relaciones sexuales con su pareja o considerarlas principalmente en su rol de madre o reproductoras.

Entre la población encuestada, existe reconocimiento positivo de la importancia de la Educación Integral en Sexualidad y de las consecuencias de no impartirla en centros educativos, por ejemplo el alto número de embarazos adolescentes. No obstante, La Educación Sexual es un derecho humano que se ve limitado por su ausencia en los programas escolares oficiales, pero también en el ámbito familiar, debido a la actitud de padres y madres que evitan orientar a sus hijos e hijas adolescentes acerca de la sexualidad, debido a patrones culturales y poca preparación para hacerlo en el marco de su responsabilidad parental; la resistencia al dialogo familiar disminuye cuando está relacionada a información sobre los cambios en el cuerpo durante la adolescencia pero aumenta en términos generales acerca de la sexualidad, especialmente si se trata de sus hijas, posiblemente influenciada con creencias asociadas a la masculinidad tradicional que incentiva la práctica y experiencia sexual de los hombres, pero censura a las mujeres en este campo.

Esta premisa podría verse influenciada con la visión de la población encuestada hacia la sexualidad, ya que esta es considerada principalmente, como “un elemento de seres humanos para relacionarse” y “tener relaciones sexo-coitales”, no impera la visión de la misma como un derecho humano y parte integral de todas las personas. Por el contrario, se identifican resistencia y prejuicios que conllevan al estigma, discriminación, tolerancia a la violencia y a conductas

homofóbicas, afectando de manera negativa el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres, adolescentes y personas LGBTBI.

Es evidente, asimismo, la resistencia de las personas encuestadas, principalmente de las mujeres, para contestar preguntas o expresarse abiertamente sobre prácticas sexuales, especialmente, en temas tabúes como la masturbación o frecuencia de las relaciones sexo coitales.

Existen tendencias a comportamientos discriminatorios y violentos en especial desde los hombres adolescentes hacia la población LGBTBI, especialmente contra mujeres transgénero. En el caso de las mujeres adultas y adolescentes refieren actitudes y prácticas más amigables y respetuosas hacia esta población. En consecuencia, las personas LGBTBI se ven forzadas a la vida clandestina y censurada debido a la violencia provocada por la homolebobia y discriminación.

Con relación a la interrupción de embarazos, continúa la percepción y consideración de la mujer desde un rol meramente reproductivo, en términos generales predominan opiniones en desacuerdo al aborto; desde la perspectiva de la población adolescente y adulta existe una actitud de aprobación a la interrupción del embarazo si es producto de una violación sexual; especialmente, los hombres adolescentes muestran mayor apertura a la interrupción del embarazo cuando la vida de las mujeres está en riesgo.

Las personas encuestadas tienen más confianza en hablar sobre sexualidad con amistades, vecinas, colegas de trabajo y hermanos/hermanas; las y los adolescentes también mencionan a sus madres y padres respectivamente. Este grupo también confía en "las redes sociales" y en "las páginas donde hay diversas

salas de chat" (5.6%). Existe actitud de desconfianza o a confiar muy poco en el personal docente o de salud para la asesoría sobre temas de SSR, por considerarlo un espacio con poca privacidad y temor a que la comunidad se entere.

Las redes sociales, especialmente el Facebook, son espacios que han modificado las prácticas sexuales en la población, especialmente entre los y las adolescentes, dando lugar a nuevas tendencias como el sexting y el ciberbullying; las nuevas tecnologías han sustituido a los medios tradicionales como las revistas para tener acceso a pornografía, pero además es un factor de riesgo que no siempre es considerado como tal mayoritariamente por este grupo poblacional, aunque hay cierto reconocimiento sobre el riesgo de citarse o reunirse con personas desconocidas a través del FB por parte de mujeres adolescentes; el 60% de la población adolescente encuestada dijo tener perfil de FB y algunas, más de uno. La relación existente entre las horas de uso del FB u otras redes sociales y la disponibilidad de conocer a personas a través de estos soportes tecnológicos, es similar en hombres y mujeres adolescentes. Se destaca la creación de dos perfiles activos o más como práctica del sexo masculino. Existe una tendencia más a la solicitud que al envío de imágenes o fotografías entre pares u otras personas, cercanas o no, a través de las redes sociales, en especial por FB. El compartir fotos es practicada doblemente por los hombres adolescentes en comparación con las mujeres. Y en el caso de pedir fotografías, los hombres solicitan más que las mujeres.

En el grupo de adolescentes, la masturbación es practicada frecuentemente, aunque por algunos es considerada como pecado, que puede provocar problemas de eyaculación o la creencia de que las mujeres que la practican son inmorales.



Existe poco reconocimiento de todas las expresiones o manifestaciones de violencia sexual, principalmente las mujeres adolescentes es el único grupo que identificó como tales todas las acciones de violencia presentadas (pero solo el 26%), incluyendo tocamientos, acoso callejero, celos, violaciones, insistencia en tener relaciones sexuales y gritos. Por ejemplo, los celos de las parejas no siempre es reconocida como violencia (solo por el 56% de las mujeres adultas, siendo este el porcentaje más alto); la violación no siempre es reconocida como violencia; el porcentaje más alto del 30% fue mencionado por adolescentes hombres y en menores porcentajes por el resto de grupos poblacionales. Los gritos como hechos de violencia son mayormente identificados por los hombres y en menor porcentaje, por las mujeres. Existe poco reconocimiento del acoso o mal llamado piropos como hechos de violencia; el porcentaje máximo que lo calificó como tal ronda el 10% señalado por hombres adultos y mujeres adolescentes, de manera similar. En el caso de los hombres adolescentes, un porcentaje considerable lo valora como un ejercicio natural de la masculinidad, ya sea de manera individual, pero especialmente grupal, ya que la presión de los amigos, los incentiva a hacerlo.

De los datos obtenidos del sondeo, se confirma la tendencia que las personas víctimas de una violación no siempre denuncian; además que persisten opiniones que responsabilizan a la víctimas por la violación sufrida. Entre las personas encuestadas, se identificó 37 mujeres que han sufrido una violación sexual (31 adultas y siete adolescentes), y 13 hombres (8 adultos y cinco adolescentes) solo la mitad de ambos grupos lo comentó a su familia y aproximadamente un 25% denunció.

De acuerdo a los resultados del sondeo, las personas adolescentes están iniciando a menor edad relaciones sexo coitales alrededor de los 10 a 12 años. Los hombres adultos refieren haber iniciado su vida sexual activa a los 9 años y los adolescentes a los 10 años; en

contraposición con las mujeres adultas con 12 años y las adolescentes con 14 años. Lo anterior significa, que las y los adultos encuestados tuvieron su primera relación sexual antes que las personas adolescentes a la fecha, y las mujeres adolescentes respecto a sus pares tuvieron su PRS cuatro años más tarde que ellos; en algunos casos la primera relación sexual ocurrió con personas adultas, por tanto deberían ser consideradas como violaciones.

5.2 Recomendaciones

A fin de avanzar en el reconocimiento, ejercicio y cumplimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se comparten algunas recomendaciones a efecto de fortalecer las políticas públicas y el rol de las instituciones garantes de tales derechos.

Al Ministerio de Educación, es necesario ampliar y fortalecer las acciones vinculadas al cumplimiento del derecho de la Educación Integral en Sexualidad, en el sistema educativo público y privado; sustentado en un marco legal e institucional que garantice un proceso gradual y transformación de la currícula con base a la evidencia científica y laica; facilitando el conocimiento de la misma a la comunidad educativa, entendiendo por esta a la familia, docentes y vecindario inmediato al centro educativo, mediante estrategias que faciliten el diálogo intergeneracional y, a la vez, sirva de apoyo a padres, madres y a otras personas responsables de familia en la orientación sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) de sus hijas e hijos.

Al Ministerio de Salud, dar cumplimiento a nivel nacional y a todos los niveles del sistema de salud, la Política de Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la difusión de ejes temáticos orientados a la eliminación de la discriminación de poblaciones en vulnerabilidad, especialmente la población LGTBI y adolescentes; facilitar material educativo actualizado sobre salud sexual y reproductiva a fin de mejorar los niveles de

información y conocimiento entre la población usuaria de los servicios de salud; priorizando la difusión de temas tabúes que requieren la transformación de paradigmas culturales entre la población y que a la vez promuevan mejores niveles de confianza hacia el personal de salud en esta materia. Considerar la creación de líneas telefónicas, páginas web o redes sociales para ampliar la asesoría para adolescentes, fortaleciendo así la información, divulgación y promoción de la SSR en medios tradicionales y no tradicionales.

Desarrollar capacitaciones del personal de salud en temas claves que contribuyan a mejorar la atención de la persona usuaria con calidad y calidez; garantizando la confidencialidad y confianza entre la población, el secreto profesional y el enfoque de derechos humanos, inclusión y laicidad en el cumplimiento del derecho a la salud.

Al Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, promover espacios en centros educativos públicos y de salud para la difusión de la SSR, priorizando metodologías lúdicas, inclusivas que favorezcan la salud

preventiva y la asesoría oportuna en ITS, embarazo adolescente, VIH, reconocimiento, cuidado e higiene del cuerpo; violencia por razones de género contra las mujeres y población LGBTI, entre los diferentes públicos de interés. Gestionar espacios en medios de comunicación comunitarios/locales y nacionales, que favorezcan la difusión e identificación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, entre la población.

Fortalecer de manera general el cumplimiento de la Política de SSR y del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia por Razones de Género y Prevención del Embarazo en Adolescentes, entre otros protocolos y manuales orientados a mejorar la respuesta estatal a nivel nacional, comunitario y local.

Al resto de instancias del Estado gubernamentales y municipales, la academia y especialmente las universidades, a generar espacios de debate y reflexión para el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos, priorizando temas claves como la interrupción del embarazo, la sexualidad y la salud sexual y reproductiva de la población.



Referencias bibliográficas

- CEPAL, 2013. Consenso de Montevideo sobre población y Desarrollo, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.
- Escobar, Jazmine & Bonilla-Jiménez, Francy Ivonne (sin fecha) Grupos Focales: *Una guía conceptual y Metodológica*. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67. Recuperado de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf
- Gobierno de El Salvador (2014) Plan Quinquenal de Desarrollo 2014- 2019. El Salvador Productivo, Educativo y Seguro.
- Hernández Sampieri, Roberto, et al, (2014), *Metodología de la Investigación*. 6ta Edición, México: Editorial McGraw Hill.
- Laza Vásquez, C. & Sánchez Vanegas, G. (2012). Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. *Enfermería Global*. Abril 2012, N°26, 408 - 415. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141371/133691>
- Ministerio de Salud. Gobierno de El Salvador (2013). Plan para la implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura – UNESCO, (2008), Declaración Universal de los Derechos Humanos, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago).
- OREAL/UNESCO, junio 2010. Declaración Ministerial Prevenir con Educación. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe.

- Organización Mundial de la Salud (2009). Informe final de la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud: Subsanan las desigualdades de una generación. Ginebra.

Sitios web

- Organización Mundial de la Salud. "Salud Sexual" [En línea]. Disponible en la Web: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- UNFPA México. "Salud Sexual y Reproductiva" [En Línea]. Disponible en la Web: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>
- Milenio.com. Redes sociales alteran comportamiento sexual de jóvenes [En línea]. Disponibles en la Web: http://www.milenio.com/region/Redes-sociales-alteran-comportamiento-jovenes_0_268173328.html





ORMUSA

32 años forjando un futuro DIGNO
y de IGUALDAD para las MUJERES

-  www.ormusa.org--- Correo: ormusa@ormusa.org
-  www.facebook.com/ormusa.organizacion
-  [@ORMUSA_ONG](https://twitter.com/ORMUSA_ONG)
-  [ormusa_ong](https://www.instagram.com/ormusa_ong)
-  www.observatoriodeviolencia.ormusa.org
-  www.observatoriolaboral.ormusa.org
-  www.observatoriode derechos sexuales y derechos reproductivos.org
-  www.observatoriodeseguridadciudadanadelasmujeres.org
-  www.observatoriodelosderechosdelaninezylaadolescencia.org
-  www.observatoriocentroamericanodeviolencialaboral.org