



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

TESIS DOCTORAL

**ACCIONES PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE
ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2024-2025**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORA
MSP. CLAUDIA ELICIDA ALVARADO JOVEL**

**TUTORA
PHD. AIDA LEONOR RODRÍGUEZ CABRERA**

**CIUDAD UNIVERSITARIA "DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA", EI SALVADOR, JULIO
2026**

AUTORIDADES DE LAS UNIVERSIDAD

RECTOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

M.Sc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICE DECANO

PhD. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

PhD. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Giovani Polanco

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

M. Sc. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADOS

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

DEDICATORIA

A mi Jimena Fernanda, por ser mi inspiración.

ÍNDICE

RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	18
I.1. La salud como producto social	19
I. 2. La Salud Sexual y Reproductiva	20
I.2.1 Conductas sexuales protectoras y de riesgo en SSR.....	21
I.2.2 Principales problemas de la SSR en jóvenes universitarios.....	22
I.2.3 Promoción, educación y prevención en SSR.....	31
I.4. Experiencias en la prevención de riesgos en SSR en diferentes grupos poblacionales	32
I.5 Conocimientos, actitudes y prácticas.....	33
I.6 Planificación estratégica	35
I.6.1 Proceso de la planeación estratégica.....	36
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACION	39
II. 1. Tipo de estudio.....	40
II.2. Período y lugar donde se desarrolla la investigación.....	40
II.3. Universo y muestra.....	40
II.4. Obtención de la información	41
II.4.1. Revisión bibliográfica	41
II.4.2. Etapas de la investigación	42
II.4.2.1 Etapa 1. Diagnóstico.....	42
II.4.2.2. Etapa 2. Procedimiento para el diseño del Plan de Acción.....	47
II.4.2.3. Etapa 3. Procedimiento para la validación del Plan de Acción .	49
CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	52

III.1 Primera etapa: diagnóstico.....	53
III.1.1 Resultados de la fase cuantitativa	53
III.1.2 Resultados de la fase cualitativa	65
III.1.3 Contrastación de datos cuantitativos y cualitativos del estudio	76
III.2 Segunda etapa de la investigación: diseño del Plan de Acción	77
III.3 Tercera etapa: validación del Plan de Acción.....	84
III.4 Plan Operativo Anual.....	86
IV. CONCLUSIONES	99
IV. CONCLUSIONES	100
V. RECOMENDACIONES	101
V. RECOMENDACIONES	102
REFERENCIAS	103
Anexos	115
Anexo 1. Operacionalización de variables	116
Anexo 2. Instrumento para la validación con personas expertas	125
Anexo 3. Alfa de Cronbach	126
Anexo 4. Instrumento Delphi	127
Anexo 5. Consentimiento informado de la fase cuantitativa.....	132
Anexo 6. Consentimiento informado de los grupos focales	133
Anexo 7. Tablas de resultados	134
Anexo 8. Diagnóstico estratégico o análisis FODA	140
Anexo 9. Matriz de Evaluación de Factores Internos	141
Anexo 10. Matriz de Evaluación de Factores Externos.....	142
Anexo 11. Matriz de estrategias FODA	143

RESUMEN

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es relevante ya que su vivencia de forma responsable y plena contribuye a la calidad de vida. Cualquier país que desee avanzar en su desarrollo económico y social debe cuidar a los jóvenes y dentro de este grupo están de forma particular los jóvenes universitarios que en un futuro cercano serán la fuerza laboral técnica y profesional más calificada del país. Este estudio tuvo como objetivo identificar los principales problemas que sobre SSR tienen los estudiantes de la universidad de El Salvador, específicamente de la Facultad de Medicina de la Escuela de Ciencias de la Salud. Una vez realizado el diagnóstico se pasó a la siguiente etapa que fue diseñar y validar un Plan de Acción para reducir las dificultades encontradas. Es un estudio de desarrollo tecnológico, con abordaje mixto, se usaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Los resultados muestran que los estudiantes universitarios enfrentan diversos riesgos en su SSR. Existe una brecha entre lo que conocen que deben hacer para mantener y mejorar su SSR y la realización de acciones concretas en la gestión del cuidado de su sexualidad y se evidencia la necesidad de acciones desde la promoción, educación y prevención en salud. Resalta la necesidad de promover acciones que proporcionen las habilidades adecuadas para sus prácticas sexuales. El Plan de Acción diseñado y validado aporta importantes acciones para reducir riesgos en la SSR de los estudiantes, además los procedimientos aplicados pueden ser utilizados en otra facultad de la Universidad.

Términos claves: jóvenes, universitarios, riesgos, salud sexual, salud reproductiva.

INTRODUCCIÓN

La salud en general es una preocupación de las personas y de los sistemas de salud de forma persistente, la búsqueda continua ha pasado por diversos paradigmas que no son más que modelos teóricos, una conceptualización o una estructura interpretativa ⁽¹⁾ que tratan de dar explicación al fenómeno complejo como es la salud enfermedad. La salud abarca aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad de funcionamiento) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo), por tanto, es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. ⁽²⁾

La salud es un derecho humano ⁽³⁾ pero para alcanzar este derecho los sistemas de salud deben estar orientados a resolver de forma integral las necesidades de las personas y sus comunidades. ⁽⁴⁾

En este mismo orden y como parte la perspectiva de la integralidad de los servicios y donde el foco principal son las personas, es importante hablar de la salud sexual y la salud reproductiva (SSR), las cuales están íntimamente relacionadas.⁽⁵⁾ La SSR se reconoce como un elemento indispensable e integral del derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾

El término SSR fue acuñado por primera vez en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, mejor conocida por sus siglas CIPD, celebrada en el Cairo en 1994, en este evento 179 gobiernos aprobaron un revolucionario Programa de Acción e hicieron un llamamiento en favor de los derechos en SSR, para que estos ocuparan un lugar central en las acciones nacionales y mundiales orientadas a impulsar el desarrollo económico y político. ⁽⁸⁾

La CIPD no creó ningún nuevo derecho humano, sino que buscó aplicar todos los derechos humanos universalmente reconocidos a los distintos puntos del programa de población, además de incorporar la idea de desarrollo como un derecho humano fundamental. Este enfoque ha sido trascendental para la evolución y conceptualización actual de la SSR hasta el día de hoy y es reconocido como un pilar de vital importancia en el tema del desarrollo, ⁽⁹⁾ donde las personas jóvenes

tienen un rol trascendental, ya que es en la juventud donde se instituye socialmente como la etapa del ciclo vital de inicio de relaciones más abiertas,⁽¹⁰⁾ como hecho radical el ejercicio responsable de la sexualidad influye de forma directa en sus proyectos de vida y tiene, además, un rol determinante en la salud pública de cualquier país, sobre todo cuando existen problemas derivados de la carencia de acciones efectivas en la promoción y educación en SSR.

La vivencia de la SSR de forma responsable y plena contribuye a la calidad de vida, está relacionada con aspectos fundamentales de las sociedades y por ende del desarrollo de un país. Tiene en la actualidad gran importancia y prioridad para los gobiernos, aunque las estadísticas reflejan diferencias importantes entre países e incluso dentro de un mismo territorio. Hay regiones donde existen mayores problemas que en otras. Todo evidencia la necesidad imperante de su abordaje de forma integral.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), algunos indicadores en SSR evidencian serios problemas, por ejemplo las muertes maternas, para el año 2023 cada día murió casi 700 mujeres, es decir unas 260 000 en todo el año,⁽¹¹⁾ de estas muertes la mayoría al igual que en otros años, fueron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto y entre los factores que impidieron que las mujeres recibieran atención oportuna se encontraban los bajos ingresos y el acceso a la educación.⁽¹²⁾ Este es un claro ejemplo de cómo las desigualdades económicas y sociales se transforman en inequidades en el ámbito de salud.

Otro aspecto relevante en SSR es uso de Métodos Anticonceptivos (MAC) o la planificación familiar que están vinculados no solo con la salud si no también, con la supervivencia y el bienestar de las mujeres y la niñez en todo el mundo.⁽¹³⁾ La pandemia por COVID 19 hizo más evidente las deficiencias de los sistemas de salud para garantizar el acceso integral a servicios en SSR, es así que el Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA), reportó que casi 12 millones de mujeres perdieron el acceso a métodos anticonceptivos debido a interrupciones causadas por la pandemia, lo que originó 1,4 millones de embarazos no planificados.⁽¹⁴⁾ Para el 2021 al menos 164 millones de mujeres tenían necesidad

insatisfecha de anticoncepción, ⁽¹⁵⁾ la necesidad insatisfecha de planificación familiar mide la capacidad de las mujeres para alcanzar el tamaño de familia y el espaciamiento de los nacimientos deseados. ⁽¹⁶⁾ También indica el éxito de los programas de SSR para abordar la demanda de servicios.

Otro aspecto importante en materia de SSR son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los datos disponibles son alarmantes, a nivel mundial cada día, más de un millón de personas contraen una ITS desde aquellas que se pueden curar, hasta las que dejan secuelas como la esterilidad. ⁽¹⁷⁾ Según estimaciones de la OMS indican que 254 millones de personas tenían hepatitis B en 2022. También cabe destacar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que, en ese año, más de 78 000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino y más de 40 000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas. ⁽¹⁸⁾ Además, respecto a VIH, en América Latina los casos han aumentado un 9,0 % del 2010 a 2023, con aproximadamente 120 000 nuevas infecciones en 2023. ⁽¹⁹⁾

En El Salvador, el panorama de la SSR no difiere de los datos mundiales o regionales, es así que hoy en día se requiere de especial atención sobre todo con las limitantes que aún existen en el país para desarrollar acciones que garanticen la educación en esta materia y que además se traduzcan en resultados positivos.

De acuerdo con los datos del Ministerio de Salud Pública (MINSAL) se tiene información sobre algunos indicadores de SSR en poblaciones clave como son adolescentes y jóvenes. Los embarazos en esta población son un tema de preocupación, pese a la baja en el número de casos, El Salvador se ubica entre los primeros 50 países, de 236, con el mayor número de embarazos entre los 10 y 19 años, según el UNFPA la cifra de niñas y adolescentes embarazadas fue de 10 352 en el 2022, lo que representa una reducción del 16 % en embarazos tempranos en comparación con 2021. ⁽²⁰⁾ Aun así, la iniciativa “Llegar a Cero embarazos en niñas y adolescentes” denota la necesidad de que ninguna niña o adolescente curse con embarazo por el impacto que este genera en su salud física, emocional y que además, casi siempre limita sus posibilidades de desarrollo pleno en la sociedad.

Una de las acciones para la prevención de embarazos, no solo en niñas y/o adolescentes sino, en la población en edad reproductiva en general, es la disponibilidad de servicios de MAC o de Planificación Familiar (PF), los que deben ser accesibles, de calidad y además que la población pueda contar con la información que necesita para su buen uso.

Según la Encuesta Nacional de Salud, en El Salvador para el año 2021, apenas el 54 % de las mujeres 15 a 49 años, en ese momento casadas o unidas usaban (o su pareja usaba), un MAC y de estas hay un porcentaje de 1,1 % que usan métodos tradicionales como abstinencia periódica y el coito interrumpido ⁽²¹⁾, los cuales se ha comprobado científicamente que tienen altas probabilidades de fallar.

Respecto a los casos de violencia contra la mujer, otro tema relevante en SSR, el Observatorio de Violencia contra las Mujeres de la Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA) que recopila, procesa, sistematiza, analiza datos procedentes de la Fiscalía General de la República sobre la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres, para el año 2023 reportó 21 feminicidios, 3 284 casos de violencia sexual, 7 453 casos de violencia física y 1 310 casos de violencia intrafamiliar. ⁽²²⁾

La autora es coincidente con el criterio que la SSR al ser un aspecto fundamental para la vida de los seres humanos debe ser vista desde una perspectiva integral. Su abordaje requiere tener a las personas en el centro, y junto a ellas a su bienestar. Esto implica tener claro que todas las acciones que se propongan desde la promoción y educación para la salud les permitan tomar decisiones favorables para su bienestar sexual y reproductivo. Estas acciones no solo deben influir en el bienestar personal, sino también en el de la pareja, las familias y sus entornos, además, aportar al desarrollo económico y social de las comunidades y los países.

La autora, además desea destacar que cualquier país que desee avanzar en su desarrollo económico y social debe cuidar a los jóvenes, su salud, pues constituyen el grupo poblacional más relevante, son los que garantizarán el futuro,

y por ello hay que actuar con fuerzas para que tengan una vida saludable, con énfasis en la SSR. Dentro del grupo de jóvenes, sin duda, tienen importancia trascendental los jóvenes que estudian en las universidades, ya que en un futuro cercano serán la fuerza laboral técnica y profesional más calificada del país. El ser joven universitario es una condición social, diferenciada respecto de la juventud en general,⁽²³⁾ esto es debido a las expectativas personales y del colectivo que se tienen sobre este grupo poblacional, así como la posibilidad que genera la culminación de una carrera universitaria para acceder a trabajos mejor remunerados.

En relación con la SSR, se puede decir que la etapa universitaria se caracteriza por ser un periodo de transición y descubrimiento, en el cual los jóvenes se enfrentan a nuevas experiencias y desafíos, entre ellos, a la exploración de su propia sexualidad, enfocados en cómo deciden vivirla y qué conductas sexuales seguir, ya sean protectoras o de riesgo.⁽²⁴⁾ Los jóvenes universitarios suelen estar expuestos a situaciones que pueden favorecer comportamientos de riesgos, como el consumo de alcohol y drogas, presión social y la falta de información adecuada, que los conducen a prácticas sexuales sin tomar medidas de protección que aumentan el riesgo de transmisión sexual, riesgo de violencia sexual y embarazos no deseados.⁽²⁵⁾

En este sentido, al profundizar en estudios realizados en universidades de Brasil, Colombia y Ecuador, se encontró que un 62,8 % de jóvenes brasileños no usan preservativos en la mayoría de sus relaciones sexo genitales y 50,3 % tienen más de una pareja sexual. En cuanto a los jóvenes colombianos un 73 % manifestó practicar relaciones sexo coitales sin condón y un 66,2 % poseen más de una pareja sexual.^{(26),(27)} En Ecuador refieren que, en el momento de las relaciones sexuales, el 42,7 % no hacen uso del preservativo, un 71,3 % ha tenido actividad sexual (coito) bajo los efectos del alcohol y el 6,1 % de los jóvenes poseen más de dos parejas coitales.⁽²⁸⁾

Resulta interesante que en El Salvador, un estudio publicado en 2018 sobre actitudes y prácticas en SSR en estudiantes de Bachillerato de un instituto de

Armenia, en el departamento de Sonsonate, se concluyó que la mayoría de los estudiantes tenían una actitud inadecuada al hablar sobre SSR y derechos sexuales y reproductivos, además existía un porcentaje muy alto de estudiantes que practicaban conductas sexuales de riesgo entre las que predominan el inicio precoz de la actividad sexo genital, el coito sin protección y las relaciones sexuales sin métodos de planificación. ⁽²⁹⁾

Así mismo, estudios previos con estudiantes de la Universidad de El Salvador han demostrado la necesidad de acciones para la promoción de la SSR. Por ejemplo, en cuanto a los conocimientos y uso de MAC una investigación realizada con estudiantes de la Facultad de Medicina concluyó que el nivel de conocimientos iba desde medio hasta bajo, además se encontró que un poco más de la mitad de la población era sexualmente activa al momento de realizar el estudio, y la mayoría eran mujeres, con iniciación temprana entre los 15 a 17 años de edad y con múltiples parejas sexo-genitales, más de tres. Lo expuesto indica que existen riesgos en SSR de los estudiantes universitarios salvadoreños. ⁽³⁰⁾

Por todo lo anterior la SSR constituye una preocupación esencial en la formación de los seres humanos, especialmente en la juventud, que requiere de políticas, estrategias y programas que fomenten una sexualidad plena, responsable y segura, ya que ellos son potencialmente vulnerables ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no planificado, el aborto en condiciones de riesgo y a las ITS.

Cada día se reconoce más la importancia de dotar a las personas jóvenes de conocimientos y habilidades para hacer elecciones responsables en sus vidas, particularmente en el contexto actual con la facilidad del acceso a la información digital muy beneficiosa, pero también en la que tienen una mayor exposición a materiales sexualmente explícitos a través de Internet y de otros medios. ⁽³¹⁾ Además las fuentes de consulta pueden estar sesgada por la veracidad de la mismas o por mitos, prejuicios y creencias infundadas desde las tradiciones familiares, las religiones y la misma sociedad, de esta forma la población queda expuesta a conductas de riesgo en la vivencia de su sexualidad.

La autora enfatiza en el criterio que es importante destacar que en el marco de las universidades los estudiantes manifiestan variadas formas de ser, vivir y sentir la sexualidad, su ejercicio tiene múltiples y diversas formas. Este periodo marca el paso de la juventud al mercado de trabajo y es el último y definitivo eslabón en la formación de las personas jóvenes como adultas del futuro, de ahí que en un aspecto tan importante como la salud, los años de formación universitaria hayan sido frecuentemente objeto de estudio, si se tiene en cuenta que el estudiantado constituyen una población joven, poco identificada con problemas de salud que aparecen en edades posteriores.⁽³²⁾

Así mismo, OMS reconoce insuficiencias en aquellas destrezas que les permiten a los jóvenes adquirir las aptitudes necesarias para su avance personal y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria, como: la autoconfianza para tomar decisiones autónomas, la comunicación asertiva para negociar las mejores prácticas, la mejora de la autoestima, la empatía, el respeto por la diferencia y la diversidad, la equidad de derechos según el género, el manejo de conflictos, la capacidad para cuestionar hábitos poco saludables y el manejo de emociones y sentimientos. De esta manera podrán los jóvenes forjar un proyecto de vida en el que la diversidad de opciones posibles en SSR, les permita decidir en libertad, además de establecer y mantener relaciones interpersonales sanas y positivas.⁽³³⁾

Al revisar el enfoque y la estrategia salubrista de “Entornos Saludables” que es parte del movimiento global y regional de Promoción de la Salud (Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de Salud) apoyado por la OMS, se sugiere que la salud de la población se crea y toma formas en los diversos ámbitos de la vida diaria, de ahí el auge que ha recibido el enfoque de trabajar en los diversos entornos y contextos de la vida diaria que incluye el universitario.⁽³⁴⁾

En estos aspectos las universidades como contexto saludable, influyen en las garantías de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, en particular mediante la educación y la adopción de estilos de vida sostenible, los derechos humanos, la igualdad entre los géneros, la

promoción de una cultura de paz y no violencia, entre otros. La autora es del criterio que es responsabilidad de las universidades contribuir con una educación integral, de buena calidad en SSR, de no ser así, se puede entorpecer el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos para 2030.

A juicio de la autora, en El Salvador los programas de estudios actuales de educación media y bachillerato carecen de enfoques integrales en SSR, aún existen muchos vacíos los cual no necesariamente se llenan cuando llegan a las universidades donde muchas carreras no cuentan con temas vinculados a la SSR y el riesgo que con lleva el ejercicio irresponsable de la misma tiene efectos para los jóvenes universitarios, por ejemplo, tener un embarazo no deseado ni planificado y en un país como El Salvador donde el desempleo en jóvenes entre 16 y 24 años ronda el 14 % y las diferencias salariales entre hombres y mujeres se mantienen en varios rubros.⁽³⁵⁾ Para ellos finalizar una carrera universitaria es importante para tener oportunidades de acceso a trabajos formales.

Todo lo anterior muestra la necesidad de que la Universidad de El Salvador (UES), sea un escenario de formación integral, técnica, profesional y humanista, que egrese profesionales y ciudadanos cultos capaces de configurar sociedades solidarias, de progreso, con valores humanos y éticos.

A lo anterior debe añadirse que las universidades tienen un nuevo reto que afrontar y es propiciar comportamientos sexuales saludables, que redunden en la calidad de vida de los estudiantes, y que estos se conviertan en promotores no sólo del colectivo donde estudian y trabajan en la universidad sino de su familia, comunidad y de la sociedad en general. El ejercicio irresponsable de la SSR para los estudiantes universitarios puede repercutir de forma negativa en sus objetivos académicos y por proyectos de vida.

Por todo lo expuesto surge la siguiente pregunta científica:

¿Cómo se puede mejorar la salud sexual y reproductiva del estudiantado de la Unidad de Ciencias Básicas de la escuela de Ciencias de la Salud, de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador en el año 2024-2025?

Para darle respuesta se formularon los siguientes objetivos:

1. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en SSR del estudiantado de la Unidad de Ciencias Básicas de la escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina, de la Universidad de El Salvador en el año 2024-2025 .

2. Diseñar un plan de acción para mejorar la SSR del estudiantado de la Unidad de Ciencias Básicas de la escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina, de la Universidad de El Salvador en el año 2025.

3. Validar el plan de acción para mejorar la SSR del estudiantado de la Unidad de Ciencias Básicas de la escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina, de la Universidad de El Salvador en el año 2025.

Se definen como objeto de estudio las necesidades educativas sobre SSR de los estudiantes la Unidad de las Ciencias Básicas de la Facultad de Medicina y como campo de acción el desarrollo de un plan de acción dirigido a producir cambios favorables en la SSR de los estudiantes universitarios, que mejoren su salud sexual y reproductiva.

Es un estudio de desarrollo tecnológico, diseñado en tres etapas, que se corresponden con cada uno de los objetivos trazados. La primera fue el diagnóstico sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre SSR de una muestra de 297 estudiantes universitarios, seleccionados mediante muestreo simple aleatorio, con un error del 5 % y un nivel de confianza del 95 %. Para la fase cuantitativa se aplicó un instrumento diseñado y validado con personas expertas y la prueba piloto con estudiantes universitarios que no fueron parte de la muestra de estudio. Con estos resultados, se procedió a completar el diagnóstico con la fase cualitativa del estudio para la cual se diseñó un nuevo instrumento y se ejecutaron dos grupos focales.

La segunda etapa correspondió al diseño del Plan de Acción, para lo que se utilizó la planificación estratégica, para ello se partió de los resultados obtenidos del diagnóstico. Una vez diseñado el Plan se ejecutó la tercera etapa que consistió en su validación, con el uso del método de Delphi, donde participaron 20 personas expertas, que cumplieron los requisitos de selección establecidos.

Novedad

Este estudio sobre SSR con estudiantes universitarios de la escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, constituye un primer acercamiento de la temática y permite, desde el punto de vista metodológico y práctico, dar continuidad a estudios realizados con anterioridad. Proporciona información nueva, de gran valía, para abordar la SSR en jóvenes universitarios apoyado ello en la propuesta de acciones que constituyen herramientas teórico prácticas para favorecer la SSR y disminuir riesgos.

Su condición cualitativamente nueva reside en que el plan de acción a realizar está dirigido para que los estudiantes mejoren las habilidades sociales básicas para la toma de decisiones responsables hacia una SSR saludable. El estudio tiene la posibilidad de su aplicabilidad en otras facultades de la Universidad.

Aportes

- Brinda información actualizada sobre el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en SSR de los estudiantes de Medicina.
- Proporciona el diseño y validación de un instrumento para la recolección cuantitativa de los datos sobre SSR en estudiantes universitarios.
- Se brinda información cualitativa sobre problemas en SSR de los estudiantes.
- Ofrece un plan de acción para la prevención de riesgos en SSR, que constituye un producto de desarrollo tecnológico, que ha sido validado.
- Proporciona el proceso metodológico diseñado que puede ser utilizado para estudios similares en otros contextos, a partir de su adecuación a las particularidades de cada escenario.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS Y
METODOLÓGICOS SOBRE LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**

CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

En el presente capítulo se abordan los principales referentes teóricos y metodológicos sobre la SSR con un enfoque social, con énfasis en la prevención y educación para la salud.

También se describen aspectos esenciales relacionados con los presupuestos básicos para el diseño del plan de acción, dirigido a la mejora de la SSR de los estudiantes universitarios.

I.1. La salud como producto social

La salud es un concepto dinámico que ha sufrido diversas conceptualizaciones a lo largo del tiempo, esto debido a lo complejo que resulta su análisis e interpretación. Es así que la misma definición de salud ha evolucionado desde la definición de "ausencia de enfermedad" a la formulada por la OMS en 1978: *"la salud es un bienestar físico, mental y social total y no la ausencia de dolencias o enfermedades"*. Así mismo, más recientemente se han formulado otras definiciones donde se incluyen aspectos subjetivos y objetivos como el "sentirse bien", la "habilidad para la adaptación" o la "capacidad de funcionamiento autónomo".⁽³⁶⁾

En la medida en que las ciencias médicas logran superar el enfoque tradicional, centrado en la persona y el afrontamiento a la enfermedad, como elemento antagónico a la salud, se deja de analizar esta como un concepto abstracto para definirla dentro del contexto histórico de determinada sociedad y en el momento específico de su desarrollo.⁽³⁷⁾

El término de salud se ha traspelado a diferentes dimensiones relacionadas con aspectos de la vida de las personas, entre ellas está la salud bucal, del trabajo, materna e infantil, sexual y reproductiva, sólo por mencionar algunas.

Es por ello que el análisis del proceso salud enfermedad para efectos de esta investigación es necesario realizarlo a la luz de la SSR como un elemento esencial en la vida de las personas y además, porque el descuido de la SSR es el origen de muchos procesos patológicos de salud, inclusive incapacitantes o la muerte.

I. 2. La Salud Sexual y Reproductiva

La SSR entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos para la procreación, con libertad de decisión sobre su frecuencia. En el 1992, la OMS definió la Salud Reproductiva como *“el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”*. Esta definición fue ampliada en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo y en 1994, donde se expresó que era... *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad, para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”*.⁽³⁸⁾

En el informe se definió también la salud sexual y se estableció que su objetivo declarado es *“el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”*⁽³⁹⁾

Por ello, lo antes expresado lleva implícito el derecho a obtener información sobre diferentes aspectos como la planificación familiar, el derecho a recibir servicios de atención de salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos, una vida libre de violencia, atención al climaterio, menopausia y andropausia, entre otros.

La OMS definió un marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva. En este se definen las esferas de intervención de la salud sexual y la salud reproductiva y se señalan las siguientes áreas de trabajo. Para la salud sexual: función sexual y orientación psicosocial, educación e información integral, prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas, prevención y control de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Mientras que para la salud reproductiva las áreas de intervención son: asistencia prenatal, durante el

parto y puerperal, orientación y suministro de métodos anticonceptivos, tratamiento de la esterilidad y finalmente servicios de aborto seguro. ⁽⁴⁰⁾

El panorama general de la SSR sin duda es desafiante. Ya lo mencionaba Alicia Gonzáles y la autora es coincidente con su criterio, que, a nivel mundial, los países más pobres muestran poblaciones con muy bajo grado de escolaridad, malas condiciones económicas y de vida en general, el acceso a los servicios de salud es deficiente y, en algunos casos, nulos. ⁽⁴¹⁾

En consonancia con lo anterior, cabe mencionar algunos datos, respecto a las muertes maternas, según la ONU se estima que cada año mueren 2,8 millones de embarazadas y recién nacidos, esto es, uno cada 11 segundos, lo que es más alarmante es que la mayoría de muertes fueron por causas completamente prevenibles.⁽⁴²⁾ Las personas se infectan por VIH, en el año 2023 se registraron 1,3 millones de nuevos casos y de los 39,9 millones tan solo 30,7 millones de personas tuvieron acceso a terapia antirretroviral en 2023.⁽⁴³⁾ Respecto al uso de MAC aún existe una necesidad insatisfecha por parte de 164 millones de personas en el mundo,⁽⁴⁴⁾ este es un tema relevante en SSR no solo por el control de los embarazos y la prevención de ITS con el uso de condones, si no, también por la posibilidad de autonomía que el uso adecuado de MAC genera para las mujeres. Otros datos específicos sobre SSR se describen en los siguientes apartados de este mismo capítulo.

I.2.1 Conductas sexuales protectoras y de riesgo en SSR

Según el UNFPA para mantener la SSR las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un MAC de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable, deben estar informadas y empoderadas para auto protegerse de las ITS y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben poder recibir atención de profesionales sanitarios expertos y disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano. ⁽⁴⁵⁾

Las conductas sexuales protectoras en materia de SSR se refieren a todas aquellas acciones que propician esa buena salud, ellas implican, por ejemplo, el uso de MAC efectivos y seguros acordes a los estilos de vida y basados en criterios de

elegibilidad médica, la práctica de sexo más seguro, evitar el riesgo de ITS, embarazos no deseados y estar libre de cualquier tipo de violencia. Otros aspectos a considerar son la comunicación abierta y respetuosa en las relaciones sexuales, y la búsqueda de pruebas y atención médica adecuada. Estas conductas no solo reducen el riesgo de ITS y embarazos no deseados, sino que también promueven relaciones sexuales consensuadas y saludables. ⁽²⁵⁾

Las conductas sexuales de riesgo se pueden definir como la exposición de la persona a una situación que ocasiona daños a su salud propia o a la de otras esto claro está, ⁽⁴⁶⁾ en los ámbitos relacionados con la sexualidad y/ o la reproducción. Las conductas sexuales de riesgo en jóvenes han sido estudiadas en población universitaria pública y privada, se señalan entre las más frecuentes y significativas: el consumo de bebidas alcohólicas, la ingesta de drogas ilícitas, la actividad de sexo no protegido, la falta de planificación en las relaciones sexo genitales, el número de parejas y la baja disponibilidad de preservativos para llevar a cabo prácticas seguras. Todas ellas pueden estar determinadas por factores internos y externos que favorecen una disminución del control de la situación y mayor desprotección al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), otras ITS y a embarazos no deseados. ⁽⁴⁶⁾ La prevención de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y poblaciones jóvenes constituye una vía para desarrollar comportamientos saludables y responsables hacia la sexualidad. ⁽⁴⁷⁾

I.2.2 Principales problemas de la SSR en jóvenes universitarios

La SSR constituye una preocupación esencial en la formación humana, especialmente en la juventud, el hecho de no tener políticas y estrategias que fomenten una sexualidad plena, los hace vulnerables ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no planificado y/o no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, ITS, que incluyen el VIH- sida. ⁽⁴⁸⁾

Y si hablamos de estudiantes universitarios, entonces cabe añadir que esta etapa se caracteriza por ser un periodo de transición y descubrimiento, en el cual los jóvenes se enfrentan a nuevas experiencias y desafíos, entre ellos, la

exploración de su propia sexualidad, la forma cómo deciden vivirla y qué conductas sexuales seguir, ya sean protectoras o de riesgo. ⁽²⁴⁾

Los jóvenes universitarios representan un grupo de especial interés en SSR, ya que suelen estar expuestos a situaciones que pueden favorecer comportamientos de riesgos, como el consumo de alcohol y drogas, presión social y la falta de información adecuada, que los conducen a prácticas sexo genitales sin tomar medidas de protección que aumentan el riesgo de infecciones de transmisión sexual, riesgo de violencia sexual y embarazos no deseados, ⁽²⁵⁾ o inclusive a situaciones que puede ocasionar daños tanto a su salud como a la de otras personas.⁽⁴⁹⁾ Además también se pueden ver afectados sus proyectos de vida, en el caso de embarazos no deseados, ni planificados, a los cuales se suman otros factores como la pobreza y pocas redes de apoyo, lo que da origen a la deserción de las universidades y la búsqueda de trabajos informales con baja remuneración para la subsistencia, lo que obstaculiza el desarrollo psicosocial de las mujeres más jóvenes y se asocia con resultados deficientes en materia de salud, tanto para ellas, como para sus hijos.⁽⁵⁰⁾

- **Realidades sobre la SSR en estudiantes universitarios de América Latina**

Desde la mirada de la Salud Pública es importante señalar en el análisis de las conductas de riesgo no solo aquellas vivencias que desarrollan un daño sino, también todas las que pueden afectar a otras personas o generar consecuencias no solo para la salud, sino también para los proyectos de vida.

Se pueden reconocer algunas conductas de riesgo para la salud como el inicio temprano de las relaciones sexo genitales, al respecto, se sabe que la presión que ejerce el grupo social del que los jóvenes forman parte, el chantaje sentimental de la pareja cuando ha establecido relaciones de noviazgo y la influencia cultural del medio en que se desarrollan, son parte de los mecanismos que propician el inicio de la actividad coital. ⁽⁵¹⁾ Además, se acepta que existen otros riesgos asociados al inicio temprano de la actividad sexo genital, como son las ITS, embarazos no planificados ni deseados y más contactos sexuales a lo largo de la vida. Según Leal

et al., la edad de inicio sexual temprano aumenta el riesgo de sufrir violencia física, psicológica, tanto para hombres, como para mujeres, pero en estas últimas, la prevalencia es más alta. ⁽⁵²⁾

La evidencia demuestra que en Latinoamérica el inicio de actividad coital va incluso desde los 12 años según reportó un estudio en Rio de Janeiro, ⁽⁵³⁾ en México fue a los de 16 años y Colombia antes de los 18 años. ⁽²⁶⁾⁽⁵⁴⁾

Según datos de la OMS, cada día más de un millón de personas entre 15 y 49 años contrae una ITS, desde las que no generan signos ni síntomas, las que se pueden curar, hasta las que generan infertilidad, como una de sus consecuencias irreversibles. Para el año 2020, 374 millones de personas, precisamente entre 15 y 49 años de edad contrajeron alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis, ⁽⁵⁵⁾ por otra parte, a finales del año 2019, se habían contabilizado 38 millones de personas infectadas con el VIH, para ese mismo grupo de edad. ⁽⁵⁶⁾

El uso del condón, ya sea externo o interno, se reconoce como el único método que genera doble protección, tanto para la prevención del embarazo, como de algunas ITS, su uso ha sido decisivo para combatir la pandemia mundial de infecciones por el VIH. Según las estimaciones de las simulaciones de modelos, la mayor utilización del preservativo registrada a partir de 1990 ha evitado aproximadamente 117 millones de nuevas infecciones por el VIH, ⁽⁵⁷⁾ así mismo ofrece otras ventajas, entre ellas que es muy accesible, ya que pueden existir incluso en servicios públicos de salud de forma gratuita y son fáciles de usar otras. A pesar de esto, aún hay muchas barreras que limitan el uso del mismo, por ejemplo, barreras socioculturales como la persistencia de tabúes, actitudes machistas en los hombres, la inequidad de género. ⁽⁵⁸⁾

Spindola et al., expresa en un estudio con estudiantes Universitarios de Brasil, que el 62 % había usado condón en la primera relación coital, pero al consultarles sobre el uso sistemático, hubo una mayor prevalencia entre los que informaron no usarlo. ⁽⁵³⁾

Para que los condones sean efectivos es necesario su uso correcto, lo que implica utilizarlo en todos los encuentros coitales sin excepción. Según la OMS el uso correcto del condón masculino ofrece una efectividad del 98 % para la prevención de embarazos y el condón femenino brinda una protección del 95 %, pero se debe recalcar en su uso correcto. ⁽⁵⁹⁾

Para el año 2022 el Instituto Guttmacher reportó que la tasa de embarazos no planeado en América Latina y el Caribe fue de 69 por cada 1 000 mujeres de 15 a 49 años, estos casos ocurren en todo el mundo, pero por lo general los embarazos no deseados están presentes en mujeres pobres, sin educación, de zonas rurales o marginadas lo cual genera un impacto directo en su salud, educación, potencial de obtener ingresos, abandonar o continuar con la educación superior y todo su futuro estaría en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia. ⁽⁶⁰⁾

Según Rull et al., más del 54 % de las estudiantes entrevistadas de la Universidad Intercontinental en México, ha estado alguna vez preocupado por la posibilidad de un embarazo no deseado, el 8,5 % ha tenido un embarazo no deseado y 8,3 % un aborto. ⁽⁶¹⁾ Respecto a este último aspecto es importante destacar la ocurrencia de abortos de riesgo en América Latina, aunque en algunos países es legal hasta ciertas semanas o bajo determinadas condiciones, se reconoce como parte de los derechos de las mujeres, pero aún hay diferencias entre los derechos legales que existen y el acceso real, pues persisten múltiples restricciones y obstáculos para acceder al aborto, ya sea por su costo, la falta de información confiable o la existencia de tiempos de espera obligatorios que una vez que se vencen, dejan a las personas sin opciones seguras. ⁽⁶²⁾

A todas estas conductas de riesgo se agrega una práctica más, como es el uso de alcohol o drogas durante la actividad sexo genital. El consumo de sustancias entre jóvenes y adolescentes representa un importante problema de salud pública que se relaciona, entre otros problemas, con conductas sexuales de riesgo y se trata de un problema que se ha incrementado de manera considerable en los últimos años. ⁽⁶³⁾

La autora es del criterio que la educación sexual, como proceso de formación integral para los estudiantes universitarios, al igual que para la mayoría de los jóvenes, ha sido insuficiente y los programas que se utilizan no siempre responden a sus necesidades, además la respuesta ante su conducta riesgosa es vista por las instituciones de educación superior como un asunto del individuo, ajeno a la formación universitaria, a pesar de que hoy se busca que los contextos educativos ofrezcan a sus estudiantes una verdadera formación integral para la vida.

Otro aspecto relevante para la autora es que la comunidad estudiantil tiene diversas formas de ser, vivir y sentir la SSR, su ejercicio tiene manifestaciones múltiples y diversas, hay a su alcance conocimientos científicos modernos, pero al mismo tiempo están marcado por las tradiciones y prácticas religiosas, mitos, prohibiciones y falsas creencias que explican el comportamiento y conductas de riesgo en la vida de muchos jóvenes, que incluye a los estudiantes universitarios, lo que muestra una realidad compleja y peligrosa para su salud.

Hay evidencias que muestran la realidad de la SSR en los estudiantes pues el hecho que la movilidad de jóvenes hacia el contexto universitario, conlleva prácticas y comportamientos que pueden aumentar los indicadores negativos SSR, dado que se incrementan conductas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, las cuales, a su vez, aumentan el riesgo para adquirir ITS o VIH-SIDA, así como embarazos no intencionados. Según datos de la OMS, en el año 2019 el grupo de jóvenes entre los 20 y 39 años concentró el mayor porcentaje de muertes, ya que el consumo de alcohol afecta de manera desproporcionada a este grupo poblacional. ⁽⁶⁴⁾

Datos obtenidos sobre mujeres universitarias de Medellín, reflejan que al menos el 52,74 % referían haber tenido relaciones bajo efectos de sustancias psicoactivas.⁽⁶⁵⁾ Está bien documentado como la combinación de drogas y sexo son un problema, las personas refieren que al estar bajos los efectos de las drogas el deseo sexual se puede incrementar y con esto viene la desinhibición durante el acto, lo que puede llevar a prácticas como sexo inseguro, sexo casual con extraños, o inclusive prácticas de intercambio de sexo por drogas. ⁽⁶⁶⁾

Como ya se mencionó, la información disponible muestra que los adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe inician su vida sexual activa antes de los 18 años, ⁽⁶⁷⁾ y pudiera pensarse que ello ocurre dada la realidad en que viven donde un grupo de factores están asociados, dentro de ellos la autora considera la maduración sexual temprana, el urbanismo, la influencia de los medios de comunicación, el desempleo y la baja escolaridad. Otra realidad presente en este contexto es que la actividad sexual no va emparejada con información y educación científica oportuna en temas de SSR, que como se dijo antes, existen barreras culturales, familiares y religiosas sumadas a vacíos y deficiencias de la educación formal y no formal, en los países de la Región.

A todo lo anterior se suma los deficientes servicios de SSR adecuados de calidad y accesibles a todos. Miles de jóvenes, sueñan con tener condiciones de seguridad para su vida sexual y reproductiva, no obstante, reciben escasa información de calidad al respecto, ⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾ esto a criterio de la autora es una realidad que constituye una asignatura pendiente en muchos países.

Además, no hay que olvidar que los estudiantes universitarios transitan por una etapa crucial de consolidación de la identidad y manifestaciones de aumento de la responsabilidad, por lo tanto, es una fase de cambios en el proceso de desarrollo personal y necesidad de educación en cuanto al fomento de habilidades para la vida. ⁽⁷⁰⁾

Finalmente hay que destacar que el papel educativo y social de las universidades ha sido validado a través de la historia, y hoy día es imperativo que las universidades asuman roles y funciones más robustas para mejorar la salud de la población universitaria y la comunidad en general. El Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud ha demostrado, en sus años de implantación en Iberoamérica, que es una iniciativa idónea para fortalecer la salud mediante el ideario y la praxis de la promoción y la educación para la salud en el contexto universitario. ⁽⁷¹⁾

- **Realidad de la SSR de jóvenes en El Salvador**

El Salvador, un país de ingresos medios bajos, según datos del Censo 2024, la población total es más de 6 millones de personas, y el 32 % (1, 985, 580) de ellos lo están entre 15 y 34 años de edad. Además, el Censo mostró que el 27 % de la población son mujeres en edad reproductiva, con una fecundidad de 2.1 hijos por mujer. ⁽⁷²⁾

Los datos anteriores son relevantes para la SSR, sin dudas hay una población importante en edad de acceso a la educación superior, así como con necesidades particulares en SSR, tanto de atención, como educativas, sobre todo en un país donde existen limitantes para la garantía plena de los derechos sexuales y reproductivos.

Entre 2015 y 2022 El Salvador ha tenido una reducción en materia de embarazos adolescentes, la tasa de embarazo en niñas y adolescentes ha bajado en más de un 50 %, pero aún se encuentra dentro los 50 países del mundo con las mayores tasas de fecundidad en niñas de 10-14 años, ⁽⁷³⁾ lo que constituye un problema de salud para un país con ingresos medios, donde las jóvenes no cuentan con mecanismos o redes de apoyo efectivos que les aseguren la continuidad de sus estudios o inclusive, la prevención de un segundo embarazo. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2021, el 8.7 % de las adolescentes de 15-19 años han tenido más de 1 embarazo. ⁽²¹⁾ lo cual constituye una limitante para el progreso económico y social de estas jóvenes.

En cuanto a la prevención del embarazo, se sabe que el uso de un MAC seguro y accesible es fundamental. Al respecto el observatorio de ORMUSA, señala que el uso de los MAC por mujeres que acuden a los establecimientos del Ministerio de Salud ha disminuido desde el 2018, pasó del 34 % a un 23 % en el 2020 lo cual puede tener explicación con la llegada de pandemia por COVID19, que limitó el acceso a servicios básicos en los establecimientos de salud. Pero, para el año 2023 se reportó un descenso del 12.8 % en el número de usuarias activas de MAC en comparación con el año 2022, la variación más importante fue en el grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad, dato preocupante, cuando se conoce que el inicio de las relaciones sexo coitales es antes de los 15 años. ⁽⁷⁴⁾

ORMUSA también reportó que el año 2021 tan solo el 21,3 % de las mujeres que tuvieron relaciones sexo coitales en los últimos seis meses había utilizado condón, además que el 13,9 % en los últimos 12 meses tuvo sexo con un hombre 10 o más años mayor, y que suele existir violencia entre las parejas, cuando hay estas diferencias de edad.

Respecto a la violencia sexual, los datos a nivel de país son alarmantes, pues en 2019, el 64,3 % de las mujeres de 15 años o más había experimentado algún hecho de violencia sexual en su vida en El Salvador. Es decir 2 de cada 3 mujeres, el grupo de edades más afectado fue de 20 a 29 años, con un 72 % del total de mujeres.⁽⁷⁵⁾ La autora es del criterio que la violencia sexual tiene relación con aspectos profundos de carácter cultural, relaciones de género o/y dependencia económica.

A partir de esta realidad de la SSR de los jóvenes se puede destacar que la juventud, además de representar un periodo de vulnerabilidad relacionado con los cambios físicos y psicológicos que enfrentan⁽⁶⁵⁾ también se ve acompañado por una serie de amenazas que ponen en riesgo el ejercicio pleno de la SSR. Es aquí donde la educación juega un papel importante, se sabe que el acceso a la educación de niñas y adolescentes es decisivo en la reducción de la maternidad a temprana edad. En contextos precarios el acceso continuo y oportuno a la educación permite a las niñas y adolescentes a tener aspiraciones futuras más allá de uniones conyugales.⁽⁷³⁾

La Educación Integral en la Sexualidad (EIS) ha demostrado tener impacto positivo en la vida de los jóvenes.⁽⁷⁶⁾ En El Salvador, desde el año 1984 se comenzaron a implementar acciones concentradas en educación en población y educación sexual, en el año 2010 el Ministerio de Educación (MINED) contó con asesoría técnica sobre los dominios conceptuales y metodológicos en EIS con fines de actualizar el currículo nacional desde educación inicial hasta bachillerato y se capacitó a más de 2 500 docentes a lo largo de todo el territorio nacional.⁽⁷⁷⁾ Actualmente la EIS en El Salvador parece ser desfavorable, ya que en el 2022 los

sindicatos del MINED informaron que fueron retirados de las instalaciones de diversos centros de estudios el material relacionado con la EIS. ⁽⁷⁸⁾

Los jóvenes universitarios revisten importancia, desde el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que respalda el acceso a la educación superior, ya que esta, sin duda, transforma no solo a la persona sino, también a sus entornos, cambia la forma como los jóvenes interpretan su realidad y mejora su calidad de vida. ⁽⁷⁹⁾

La Universidad de El Salvador (UES) es la única universidad pública y la más grande en el país, al cierre del 2024 tenía 62 mil estudiantes, entre pregrado y posgrado había más de 30 mil estudiantes de programas de formación permanente. ⁽⁸⁰⁾ A partir del año 2019 se estableció la gratuidad de la educación superior en la UES para las carreras de grado académico, lo que genera un enorme beneficio para jóvenes de escasos recursos.

La UES como universidad pública debe cumplir con la responsabilidad de ser un escenario de formación integral, técnica, profesional y humanista, además, de egresar profesionales y ciudadanos cultos capaces de configurar sociedades solidarias, de progreso, con valores humanos y éticos. Así mismo tiene el reto de propiciar comportamientos sexuales saludables, que redunden en la calidad de vida de los estudiantes, y que estos se conviertan en promotores, no sólo del colectivo donde estudian y trabajan, sino de su familia, comunidad y de la sociedad en general.

En El Salvador existen pocos estudios sobre conductas de riesgo en SSR en estudiantes universitarios, en el repositorio de la UES se encontró una investigación con estudiantes de la Facultad de Medicina sobre conocimientos y uso de MAC, donde se concluyó que el nivel de conocimientos iba desde medio hasta bajo, además que un poco más de la mitad de la población era sexualmente activa al momento de la investigación y que la mayoría eran mujeres, con iniciación temprana entre los 15 a 17 años de edad y múltiples parejas sexo genitales en más de tres. ⁽³⁰⁾ Lo expuesto hasta aquí se complementa con los datos de país lo que indica que es

una realidad la presencia de riesgos en SSR de los estudiantes universitarios salvadoreños.

I.2.3 Promoción, educación y prevención en SSR

La OMS indica en la Carta de Ottawa que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. ⁽⁸¹⁾

El mencionado documento abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Busca generar la participación, tanto individual, como colectiva para generar cambios persistentes en el tiempo. Es así, que tal como hace referencia Arroyo la promoción de la salud se concibe entonces como una estrategia de desarrollo humano. ⁽⁸²⁾

La OMS también definió como una de las estrategias de la promoción para la salud a la educación para la salud, y afirmó que es la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud. ^{(83) (84)}

Existe una estrecha relación entre la educación y la salud. Diversas literaturas citadas hacen referencia a una fuerte asociación entre bajos niveles educativos y peores desenlaces en salud. Esto en sexualidad y reproducción es relevante, un nivel bajo de educación en salud puede representar una serie de dificultades para promover el goce pleno en SSR. Como se ha expresado anteriormente en El Salvador existen barreras culturales que impiden el acceso a educación oportuna, accesible y de calidad sobre aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción y son las poblaciones jóvenes las que encuentran más obstáculos.

La Educación para la salud, es la herramienta de creación de las condiciones para un encuentro entre los saberes, a partir de los cuales sea posible intervenir sobre los problemas concretos que conspiran con la salud, es decir, con la adaptación a la vida o al ambiente, la búsqueda de felicidad y la consecución de los ideales comunes.

I.4. Experiencias en la prevención de riesgos en SSR en diferentes grupos poblacionales

En el contexto de SSR a nivel de Latinoamérica, se pueden encontrar diversas acciones que encaminadas a la promoción de la SSR. Estas iniciativas pueden abarcar desde la atención integral hasta la prevención de enfermedades y la promoción de una sexualidad saludable. A continuación, se hace una breve mención de algunos ejemplos que van desde los más generales como acciones de los gobiernos que se impulsan desde el nivel central, hasta acciones por parte de Organizaciones no Gubernamentales y otras experiencias de grupos en concreto.

En México el “Programa de Acción en Específico Salud Sexual y Reproductiva 2024” ⁽⁸⁵⁾ se basó en un enfoque integral de la SSR que retomó aspectos fundamentales como la anticoncepción, la prevención de embarazos en niñas y adolescentes, la salud menstrual, la prevención de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y demás ITS, entre otros. El objetivo general fue contribuir al bienestar de la población, a través del acceso universal a información y servicios de SSR con competencia técnica, evidencia científica, principios de igualdad, pertinencia sociocultural, no discriminación y respeto a los derechos humanos.

El programa se basó en seis objetivos prioritarios y entre algunas de las acciones específicas contempló acciones de información y comunicación, procesos de consulta y formación de líderes jóvenes y promotores voluntarios, impulsar la implementación y aplicación de servicios integrales de SSR específicos para adolescentes, entre otras. ⁽⁸¹⁾

La “Educación Integral de la Sexualidad” ha sido un programa implementado por el UNFPA en muchos países. Es un proceso que se basa en un currículo para

enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Entre algunos de los objetivos específicos se pueden señalar: conocer, ejercer y exigir el cumplimiento de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, conocer los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y emocionales relacionados con la sexualidad en cada etapa del curso de vida, reconocer la importancia de tener un Proyecto de Vida como factor protector de un embarazo no planificado. ⁽⁸⁶⁾

En Venezuela el programa de formación se estructuró en cinco módulos en los que se abordan temáticas como derechos sexuales y derechos reproductivos, curso de vida y proyecto de vida, Salud sexual y salud reproductiva, embarazo en la adolescencia y los métodos de protección y prevención que comprenden la violencia basada en género. ⁽⁸³⁾

En El Salvador, Plan Internacional que es una de las organizaciones de desarrollo y ayuda humanitaria más grande del mundo, ha implementado en coordinación con otros organismos como el Ministerio de Educación o el UNFPA diferentes acciones en función de la SSR con jóvenes. Se pueden mencionar como parte de sus actividades las "Escuelas de Derechos sexuales y derechos reproductivos", estas escuelas consisten en procesos de enseñanza-aprendizaje con el objetivo de desarrollar competencias en personas adolescentes y jóvenes para el reconocimiento y ejercicio de su sexualidad desde una visión integral, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivo. El curso está estructurado en cuatro ejes temáticos el primero es sexualidad y reproductividad, el segundo autonomía y desarrollo emocional, el tercero diversidades y el cuarto es convivencia y relaciones de poder. ⁽⁸³⁾

I.5 Conocimientos, actitudes y prácticas

Los estudios tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a instituciones u organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud. Se

realizan para comprender mejor por qué la gente actúa de la manera que lo hace y así, desarrollar de forma más eficaz los programas sanitarios.

En este estudio se realiza el diagnóstico de los problemas de SSR de los estudiantes de la universidad de El Salvador mediante la realización de un estudio CAP, que se complementa con técnicas cualitativas de investigación.

Los conocimientos, experiencias, la influencia social, los hábitos, la autoconfianza, la motivación, las actitudes y las posibilidades de cambio han sido identificados como determinantes del comportamiento de la salud. Existe el criterio de que el conocimiento es necesario para influir en la actitud que conduce a cambios en la salud. Sin embargo, otros modelos sugieren que hay una vía más compleja que conduce a cambios en el comportamiento de la salud, como las experiencias y la influencia social que pueden causar cambios de actitud que llevan a modificaciones en el comportamiento de la salud.⁽⁸⁷⁾

La Real Academia Española (RAE)⁽⁸⁸⁾ define conocimiento como la capacidad de razonar y de reconocer la realidad y relacionarse con ella, hace referencia al conocimiento como una habilidad superior que va más allá del solo tener noción o idea de las cosas e incluye además el razonamiento.⁽⁸⁹⁾

Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar.⁽⁹⁰⁾

La juventud actual, como en todas las épocas, tiene una manera particular de entender el mundo que habita, y actúa en consecuencia con esto. En cada momento histórico las formas de socializar fueron distintos. Hoy existe un modo novedoso que reformula por completo los vínculos que se construyen: las redes sociales. Tanto es así que dejan de ser una característica de la juventud, para incorporarse en prácticamente todas las generaciones de la sociedad.⁽⁹¹⁾

Las actitudes son una confluencia de tres componentes: el cognitivo, que reúne información, experiencias, estereotipos y conocimientos, los cuales, pueden ser juicios positivos o negativos; el afectivo, que combina sentimientos, emociones, valores, satisfacciones y aversiones y el comportamental, mediado por las

habilidades motoras, psíquicas, cognitivas, verbales y sociales. Las actitudes se pueden definir como una construcción psicológica que representa la evaluación general de un individuo o colectivo sobre un objeto, persona, grupo, problema o situación, que se forman a través de una combinación de procesos cognitivos, afectivos y conductuales y son relativamente duraderos y estables en el tiempo.⁽⁹²⁾ Finalmente, las prácticas son el punto de convergencia de los dominios anteriores y se definen como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continua de la actividad o destreza.⁽⁹³⁾

I.6 Planificación estratégica

La palabra estrategia ha sido utilizada de muchas formas y en diferentes contextos. Dentro de algunas definiciones se puede mencionar a Von Neumann y Morgenstern quienes definieron la estrategia como la serie de actos que ejecuta una empresa, los cuales son seleccionados de acuerdo a una situación concreta.

Peter Drucker, en su libro *The practice of Management* (1954), afirmaba que la estrategia requiere que los gerentes analicen su situación presente y que la cambien si es necesario.

Kenneth Andrews afirmó que la estrategia representa un patrón de objetivos, propósitos o metas, así como de las políticas y los planes principales para alcanzar estas metas, presentándolos de tal manera que permitan definir la actividad a la que se dedica la empresa, o la cual se dedicará, así como el tipo de empresa que es o será.⁽⁹⁴⁾

Estas y otras definiciones comparten ciertas similitudes. La primera es el concepto del ambiente el cual hace referencia a una serie de condiciones ajenas a la empresa, a las que esta debe de responder. En segundo lugar, la empresa debe de establecer metas u objetivos básicos. El objetivo más alto suele conocerse como misión; es decir, una definición de la razón de ser empresa. En tercer lugar, la gerencia debe de realizar un análisis de la situación, con el fin de determinar su posición en el ambiente y su cantidad de recursos.

El análisis que se realiza suele conocerse como Fuerzas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, FODA por sus siglas en español. Por último, la empresa

proyecta como aplicar sus recursos, a efecto de alcanzar sus metas y lograr adecuarse lo mejor posible a su ambiente. ⁽⁹⁵⁾

I.6.1 Proceso de la planeación estratégica

Aunque existen diferentes concepciones y consideraciones acerca de la formulación de la planeación estratégica, para efectos de esta investigación se retomaron los siguientes elementos:

- A.** La reseña histórica y los valores de la institución, hace referencia a los antecedentes de la organización donde se incluye un breve relato de cómo surgió la institución, cuál es su filosofía, hacia quiénes se orienta el servicio. Se destacan los elementos más valiosos.
- B.** Formulación de la misión y la visión: la misión corresponde a los propósitos o la función que la empresa desempeña en la sociedad; en un sentido más amplio corresponde a lo que se debe hacer para alcanzar la visión propuesta por la organización. La visión entendida por algunos como el lugar o sitio que se desea alcanzar con la organización, es una apreciación idealizada de lo que llegar a ser en el futuro. ⁽⁹⁶⁾⁽⁹⁷⁾
- C.** Diagnóstico estratégico o análisis FODA: será marco de referencia para realizar el análisis de la situación actual, a nivel interno y externo. De manera que se debe obtener y procesar información de la empresa y su entorno con el fin de identificar oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas. ⁽⁹⁸⁾ Se debe elaborar una matriz cuadrada de 3x3. Se enlistan las fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades y luego se realizan los siguientes cruces:
 - Estrategias FO o estrategias de crecimiento son las resultantes de aprovechar las mejores posibilidades que da el entorno y las ventajas propias, para construir una posición que permita la expansión del sistema o su fortalecimiento para el logro de los propósitos que emprende.
 - Estrategias DO son un tipo de estrategias de supervivencia, que surgen de la combinación de oportunidades del entorno para superar

las debilidades de la organización, estas estrategias se dan cuando la empresa se encuentra en la posibilidad de aprovechar de manera conveniente situaciones favorables que se le presenten.

- Estrategias FA son también de supervivencia y se refiere a las estrategias que buscan evadir las amenazas del entorno, aprovechando las fortalezas del sistema.
- Las estrategias DA surgen de la combinación de las debilidades que deberán ser reducidas a través de la posibilidad de evitar las amenazas del entorno, este tipo de estrategias se dan cuando la posición de la organización no es la más adecuada frente a la competencia y permiten establecer una posición defensiva claramente definida.

D. Establecimiento de estrategias y objetivos. En el proceso de formulación de estrategias es importante no perder el norte de la organización, porque básicamente se debe encaminar a la organización a alcanzar y utilizar de la mejor manera los recursos principalmente de capital humano tecnológicos y financieros, para conseguir los objetivos propuestos. La fase de establecimiento de objetivos. Es la primera fase de toda la planificación estratégica, en este punto el objetivo se descompone en las diferentes metas, de acuerdo a la orientación estratégica de la organización.

E. Plan Operativo Anual (POA). El desarrollo estratégico se produce con la elaboración y puesta en marcha del plan operativo anual, debido a que permite definir claramente los proyectos y tareas a desarrollar, las fechas y los resultados esperados. El POA se construye con los siguientes elementos:

- La meta anual: o sea, lo que la organización espera lograr durante un año, en términos cualitativos (el qué) y cuantitativos (el cuánto), en un territorio determinado.
- Las actividades: acciones que se desarrollarán para dar cumplimiento a la meta.

- Los resultados esperados: lo que se aspira a lograr con cada actividad.
- Los responsables: quiénes estarán al frente del plan de trabajo y de cada una de las tareas y acciones que de él se desprendan.
- Indicadores que son herramienta cuantitativa o cualitativa que permite mostrar indicios o señales de una situación, actividad o resultado.
- Cronograma: tiempo (fecha) en que se desarrollarán las diferentes actividades
- Costo o presupuesto: qué recurso financiero se requiere para llevar a la práctica cada actividad.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se expone el diseño metodológico. Se explican el tipo de estudio, la selección de la población, la operacionalización de las variables, los métodos, técnicas y procedimientos empleados para el diagnóstico, diseño y evaluación de la estrategia.

II. 1. Tipo de estudio

La investigación clasifica como un estudio de desarrollo tecnológico, con un abordaje mixto, donde se usaron técnicas de carácter cuantitativo y cualitativo. Se estructuró por etapas, en función de los objetivos definidos. En cada etapa se seleccionaron las técnicas que correspondían de acuerdo a los objetivos planteados. Para el primer objetivo se realizó un estudio descriptivo transversal. El segundo se propuso el diseño del plan de acción, con todos sus atributos, y la tercera etapa estuvo dirigida a la validación del plan de acción diseñado.

II.2. Período y lugar donde se desarrolla la investigación

La investigación se realizó durante los años 2024 y 2025 en la Universidad de El Salvador, con estudiantes de la Unidad de Ciencias Básicas de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina.

II.3. Universo y muestra

Durante la realización de la investigación se trabajó con diferentes grupos y su selección se correspondió con las etapas de la investigación. La primera etapa fue al diagnóstico y se realizó con estudiantes de las Ciencias Básicas de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina. El universo fue 2, 615 estudiantes y de ellos 810 eran estudiantes de las Ciencias Básicas. Se seleccionó una muestra mediante la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N: población

E: corresponde al margen de error que es la cantidad que se espera que los resultados de la muestra difieran de los de la población, para esta investigación será del 5 %

q: probabilidad de que ocurra un evento=0.5

p: probabilidad de que no ocurra un evento=0.5

Z: nivel de confianza deseado que será de 1.96 para un 95 % de confianza

El procedimiento permitió obtener una muestra de 262 estudiantes. La selección de los estudiantes fue por conveniencia, se acudió a los salones de clase y se les presentaron los objetivos de la investigación, además de los elementos éticos y se permitió la participación voluntaria de todos los estudiantes, es así que al final, fueron 297 participantes, 208 mujeres y 89 hombres.

En la fase cualitativa de la investigación se contó con la participación de 14 personas, siete hombres y siete mujeres con quienes se realizaron dos grupos focales para profundizar en las variables más significativa de la fase cuantitativa.

II.4. Obtención de la información.

II.4.1. Revisión bibliográfica.

Se definieron las proposiciones de búsqueda de información sobre el problema e identificaron los temas desde el punto de vista teórico metodológico. Se trazó una estrategia de búsqueda bibliográfica y se identificaron las fuentes de información a utilizar, tanto documentales como no documentales.

En las documentales fueron revisadas fuentes primarias publicadas, de las que se obtuvieron más de 200 artículos en internet y otras en redes relacionadas con el tema. Esta revisión de información bibliográfica permitió diseñar el instrumento aplicado en la investigación; determinar la evolución, aplicación de modelos y estrategias en promoción de salud en SSR, así como los problemas actuales sobre SSR en adolescentes y jóvenes en la Región.

La revisión bibliográfica se elaboró a partir de trabajos publicados en diversos documentos, tales como libros, páginas web, literatura gris y revistas de

alto impacto, con la utilización de palabras clave o descriptores, conectados por intermedio de los operadores booleanos AND y OR. Los términos de búsqueda incluyeron las palabras clave en inglés y español “Salud sexual y reproductiva en jóvenes”, “conocimientos, conductas y comportamientos en SSR en jóvenes”, “sexualidad en adolescentes”, “prácticas de riesgo en SSR de los estudiantes universitarios”, “acciones de promoción, educación y prevención en SSR”.

Se diseñó una hoja de trabajo en la que aparecían los conceptos y categorías definidos para el estudio de la SSR en estudiantes universitarios, con énfasis sobre los riesgos presentes en su conducta, conocimientos y prácticas y las experiencias existentes en su abordaje desde la promoción, educación y prevención en salud.

Para su delimitación se utilizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), a su vez se trató de una búsqueda dinámica acorde a los resultados obtenidos se modificaron las estrategias de búsqueda. Se utilizaron las bases de datos bibliográficas: SciELO, Pubmed, Lilacs, Cumed, REDIB, Dialnet y el Metabuscador Google Scholar.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: bibliografía de los últimos 10 años, texto completo en idiomas español e inglés.

La operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo 1.

II.4.2. Etapas de la investigación

A continuación, se explican las etapas de la investigación, según objetivos propuestos y cada una de las fases por las que transitó el estudio, de acuerdo con el procedimiento seguido. La construcción y validación de los instrumentos a emplear para la obtención del dato primario, se explica en un acápite específico al finalizar la descripción del cumplimiento de los objetivos y las tareas.

II.4.2.1 Etapa 1. Diagnóstico

II.4.2.1.1 Identificación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre SSR

En la primera etapa para el diagnóstico de los conocimientos, actitudes y prácticas en SSR de los estudiantes seleccionados se utilizó un cuestionario

diseñado y validado por la autora por medio de criterios de expertos y luego se realizó la prueba piloto. Posteriormente se realizó la técnica de grupo focal para profundizar sobre los resultados más importantes surgidos de la aplicación del cuestionario sobre las variables del estudio.

- Diseño del cuestionario

Se diseñó un instrumento de recolección de datos para medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre SSR de los estudiantes seleccionados. Para ello se utilizó información obtenida de la revisión bibliográfica. Posteriormente, el cuestionario se validó mediante consulta a siete expertos seleccionados a partir de los criterios establecidos. Se tuvo en cuenta que fueran profesores con una experiencia mayor de cinco años de trabajo en la universidad, que tuvieran estudios de posgrados en SSR, además que constituyeran un equipo multidisciplinario.

El grupo quedó constituido por una médica ginecobstetra, con maestría en Servicios Integrales en Salud Sexual y Reproductiva y profesora de la Maestría. Tres licenciadas en Salud Materno Infantil, ambas con más de 20 años de experiencia en la docencia Universitaria y también especialistas en SSR, una Psicóloga, una Licenciada en Enfermería y una profesional en Educación para la Salud, todas expertas en el tema y poseen estudios de Maestría en el área. Al final se contó con la participación de siete expertas en el tema.

Para la validación del cuestionario se elaboró una guía (Anexo 2) que permitió disponer del criterio de las expertas seleccionadas, quienes se pronunciaron con relación a los atributos de Moriyama, modificado por Bayarre.⁽⁹⁹⁾ Se evaluó el cumplimiento de cada principio según la escala ordinal: mucho (1), poco (2), nada (3), según la valoración del contenido de cada ítem al utilizar como guía los siguientes criterios:

1. Razonable y comprensible (R y C): comprensión de los diferentes ítems que se evalúan en relación con el fenómeno que se pretende medir.

2. Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide (S): si del instrumento puede derivarse un índice que muestre diferencias en la variable que se medirá.

3. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables (CS): si se justifica la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento.

4. Con componentes claramente definidos (CC): si cada ítem se define claramente.

5. Derivable de datos factibles de obtener (D): si es posible obtener la información deseada a partir de las respuestas dadas ante el instrumento.

Las observaciones de las personas expertas estuvieron relacionadas con la redacción de los ítems y las opciones de respuestas. En general se obtuvo la aprobación del 98 % de los ítems. Luego de obtener la información aportada por las personas expertas y la experiencia acumulada de la autora en el tema, el instrumento final quedó conformado por 75 preguntas ya que se eliminaron o modificaron aquellos que fueron señalados por las expertas.

Para establecer su comprensión, claridad de cada ítem, estructura, amenidad y su consistencia interna se realizó un estudio piloto a 26 estudiantes no incluidos en la muestra, seleccionados por factibilidad que pertenecían a la Facultad de Medicina. Dicha aplicación fue realizada por la investigadora a través de un formulario de Google.

Finalmente, se realizó un análisis de confiabilidad de consistencia interna basado en el coeficiente alfa de Cronbach al tomar como referencia la oscilación de sus valores entre 0 (0 = confiabilidad nula) y 1 (1 = alta confiabilidad). Se consideró aceptable si α de Cronbach $\geq 0,7$. (Anexo 3)

El instrumento final, consta de cuatro apartados. El primero son las preguntas sobre los datos generales de la población, el segundo apartado está compuesto por 15 preguntas sobre conocimientos. El tercer apartado corresponde a ocho preguntas sobre actitudes y el cuarto apartado contiene 22 preguntas sobre prácticas de SSR. (Anexo 4)

El instrumento fue aplicado por la investigadora, para esto se realizó una reunión con el coordinador de la Unidad de Ciencias Básicas, para establecer los permisos y la metodología de aplicación. Con base a una calendarización se acudió a

los salones de clases, se presentó la generalidad de la investigación, los objetivos, los elementos éticos, se aplicó el consentimiento informado y se explicó el llenado del instrumento. Luego se compartió vía WhatsApp el link del formulario y fue llenado por cada estudiante seleccionado, de forma voluntaria.

Para el análisis de los resultados del instrumento se utilizó un paquete estadístico de R⁽¹⁰⁰⁾ el cual permitió hacer cruce de variables, así como las tablas de contingencia para la presentación de los resultados.

II.4.2.1.2 Percepciones de los estudiantes sobre SSR

Los grupos focales se realizaron después de aplicado y procesado el cuestionario para profundizar sobre diferentes aspectos de interés que surgieron en la fase cuantitativa.

Se realizaron dos grupos focales, cada uno integrado por 7 personas, uno de hombres, otro de mujeres. Se utilizó un muestreo por conveniencia, para ello se realizó la convocatoria por medio de los representantes estudiantiles y una vez completados los cupos de cada grupo focal se les convocó para realizar la actividad.

Previo a la realización de los grupos focales se tuvieron en cuenta las fases de desarrollo de las técnicas grupales: planteamiento de objetivos, selección de los participantes, preparación, organización y desarrollo de la guía del grupo focal. Se previó, además, la inclusión de un colaborador para la recogida de la información, y otra profesional que trabajó como observadora.

Los dos grupos focales transcurrieron según los momentos establecidos: la explicación de los objetivos, la importancia de su realización, las razones para la selección del grupo y los criterios de selección. Se dirigió la conversación hacia la temática esencial a partir de la introducción de las preguntas seleccionadas a tal efecto, para ello se elaboró una guía que se usó para la conducción de los grupos focales.

El local seleccionado para la realización de los grupos focales poseía las condiciones adecuadas. Se les solicitó la autorización a las integrantes del grupo para grabar y poder facilitar el posterior análisis de la información.

Para el análisis e interpretación de la información se realizó la transcripción textual de los discursos lo que permitió establecer categorías iniciales y la reducción e interpretación de los datos. En la presentación de los resultados, se tomó como referente teórico el argumento de Hernández Sampieri, ⁽¹⁰¹⁾ al plantear que cada una de las categorías emergentes se acompaña de ejemplos de discursos como soporte de su descripción. Además, se realizó una lectura exhaustiva del cuerpo textual y fueron marcados en diferentes colores las unidades de registro, se estableció un código que posteriormente se recogió en un memo para ser introducido en el software informático ATLAS Ti Windows 8 de análisis y gestión de datos cualitativos.

Mediante la interpretación y análisis conjunto de los resultados obtenido, las técnicas cuantitativas y cualitativas, la autora identificó similitudes y diferencias para determinar el grado de consistencia según elementos básicos que emergieron del análisis realizado, así como los principales problemas referidos a la SSR de los estudiantes que debían ser considerados en el Plan de Acción para lograr reducir y prevenir riesgos.

- Triangulación

Se realizó la triangulación de tipo metodológica consistente en la combinación de diferentes métodos para el estudio de un mismo fenómeno, con el propósito de contrastar, complementar o validar los hallazgos obtenidos”. ⁽¹⁰²⁾ ⁽¹⁰³⁾ En este tipo de triangulación se integran técnicas de corte cuantitativo y cualitativo.⁽¹⁰⁴⁾ Es así que se aplicó este tipo de triangulación con el propósito de fortalecer la validez y la confiabilidad de los hallazgos. Para ello se combinaron tres técnicas complementarias de recolección de datos: la encuesta, que permitió obtener información cuantitativa y objetiva acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes; los grupos focales, que facilitaron profundizar en las percepciones, opiniones y significados atribuidos al tema de estudio, aportaron una perspectiva cualitativa más amplia; y la revisión documental, mediante la cual se analizaron literaturas especializadas, estadísticas oficiales, estudios previos, y otras fuentes que contextualizan y respaldan los resultados empíricos.

Esta estrategia metodológica aseguró una visión más amplia, profunda y contrastada del fenómeno investigado, al integrar la amplitud de los datos cuantitativos, la profundidad de los cualitativos y el sustento teórico-práctico de las fuentes documentales.

II.4.2.2. Etapa 2. Procedimiento para el diseño del Plan de Acción

Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento y las técnicas cualitativas aplicadas fueron triangulados y se identificaron los problemas en los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes sobre SSR y que debían ser considerados áreas de resultados clave en el diseño del plan de acción dirigido a prevenir los riesgos en la SSR de los estudiantes.

- Clínica Salud Materno Infantil

Se seleccionó como unidad de implementación del Plan de Acción la Clínica Salud Materno Infantil ubicada en el Centro Regional de Salud Valencia en el campus centra de la UES. La clínica funciona bajo la dirección de la licenciatura en Salud Materno Infantil y la investigadora desde el año 2021 es la actual coordinadora de la clínica, por ello la ejecución del Plan desde este sitio se convierte estratégico y pertinente, ya que las acciones que se realicen se convierten en parte de la carga académica laboral de la investigadora.

Así mismo la clínica constituye el espacio operativo idóneo para implementar las acciones del Plan, ya que reúne las condiciones técnicas, humanas y logísticas necesarias para ofrecer servicios de atención en salud sexual y reproductiva. Cuenta con personal capacitado y con experiencia en la atención y consejería en SSR, además de disponer de infraestructura, equipamiento médico y materiales educativos adecuados para la ejecución de actividades preventivas, diagnósticas y formativas. Además, al ser una unidad formativa adscrita a la Facultad de Medicina, la clínica permite integrar la docencia, la investigación y la proyección social, fortaleciendo la formación de los estudiantes y promoviendo la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en temas de salud sexual y reproductiva fuera de las instalaciones propias de la clínica, al desarrollar actividades extramurales, como

ferias en SSR dentro del campus universitarios que permitan llegar a la población meta del Plan de Acción.

Es importante mencionar además que la clínica mantiene vínculos institucionales con socios externos como el Ministerio de Salud (MINSAL), Ipas LAC, Population Services International conocido como PSI por sus siglas en inglés, estos organismos proporcionan insumos y capacitación técnica continua al personal para la oferta de servicios de métodos anticonceptivos, detección temprana de cáncer cérvico uterino, consultas para la detección de ITS e infecciones vaginales, consejerías en SSR, entre otros.

A todo esto, se puede sumar la ubicación estratégica de la clínica dentro del campus central y su acceso directo a la población estudiantil facilita el desarrollo de actividades educativas, de prevención, detección temprana de riesgos y atención en SSR, garantizando la cobertura y el impacto del Plan.

- Construcción del Plan de Acción

El Plan de Acción se basó en los componentes del proceso de la Planificación Estratégica, donde se consideraron el momento explicativo, normativo y estratégico. No se desarrolló el operacional, ya que no se realizaría en esta etapa la implementación de la propuesta.

El momento explicativo se realizó partir del análisis conjunto realizado a los resultados cuantitativos y cualitativos. El momento normativo se correspondió con la definición de la Misión y Visión, los que fueron definidos a partir de un grupo de trabajo integrado por cinco profesoras que participaron en la validación del instrumento dado su interés en apoyar el proyecto de investigación, además, eran profesores universitarios con una experiencia mayor de cinco años de trabajo en la universidad, vinculados a los estudios de posgrados en SSR, además que constituyeron un equipo multidisciplinario.

Se realizó un análisis de las fuerzas actuantes dentro y fuera de la unidad ejecutora, en este caso la Clínica Salud Materno Infantil, para el logro de la visión propuesta. Para ello, se utilizó la Matriz FODA o DAFO.⁽¹⁰⁵⁾ Esta técnica, permitió sistematizar la búsqueda de alternativas de solución a los problemas identificados que conformaban la base del problema central a solucionarse por el Plan de Acción.

Las variantes se realizaron mediante la combinación de las fuerzas, tanto externas, como internas en el momento de su diseño. Para la búsqueda de las alternativas se utilizó la técnica lluvia de ideas, y se determinaron las fuerzas actuantes, en este proceso participó un grupo de expertos.

Para la realización de la lluvia de ideas se seleccionó un facilitador y el registrador. Se comenzó por el lanzamiento de ideas sobre las fuerzas actuantes, tanto en el interior como en el exterior de la universidad, pero sin establecer en este acercamiento su clasificación. De este ejercicio, emergió el primer listado de fuerzas actuantes (problemas a resolver con el Plan de Acción). Mediante la lluvia de ideas se procedió se determinó, por el mismo grupo, a clasificar si las fuerzas son internas o externas, positivas o negativas. De este paso se obtuvieron cuatro grupos de fuerzas:

- Positivas – Internas (Fortalezas)
- Negativas– Internas (Debilidades)
- Positivas –Externas (Oportunidades)
- Negativas – Externas (Amenazas).

Luego se completó la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI) que permitió medir y evaluar a la Clínica Salud Materno Infantil con respecto a los factores internos que le afectan al evaluar las fortalezas y debilidades.

Posteriormente se elaboró la Matriz de Evaluación de los Factores Externos (MEFE) la cual evaluó el ambiente externo, que significan los factores menos manejables, ya que el control de esto no depende de la Clínica. Ambas matrices permitieron cuantificar y priorizar los factores que se identificaron como fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. ⁽¹⁰⁶⁾

II.4.2.3. Etapa 3. Procedimiento para la validación del Plan de Acción

Para validar el plan de Acción se empleó del Método Delphi. ⁽¹⁰⁷⁾ Las personas participantes se seleccionaron por un muestreo intencional. Se seleccionó el método Delphi por la posibilidad que ofrece de combinar la experiencia de los expertos para lograr consenso, al tiempo que permite contar con expertos de varias

especialidades para favorecer una propuesta de acciones con una visión multidimensional.

Se tuvieron en cuenta como criterios para la selección: que fueran profesionales del área de la salud, con experiencia en el trabajo de docencia universitaria, y con más de cinco años de experiencia laboral. Se realizó una preselección de 23 posibles personas expertas y se exploró su disposición a participar en la investigación. A los que aceptaron se les envió un cuestionario de autovaloración, que fue respondido finalmente por 20 personas. A estos posibles expertos se les determinó el coeficiente de competencia tras lo cual se seleccionaron 20 con un nivel de competencia entre medio y alto, como muestra final.

Se consolidaron las calificaciones de los expertos por cada criterio. Para cada ítem se calcularon: la media, la desviación estándar (DE) y el porcentaje de consenso (proporción de respuestas ≥ 4). La decisión de validación se basó en el cumplimiento del umbral de consenso ($\geq 80\%$) y una media elevada (≥ 4.0).

Una vez seleccionadas las personas expertas, se programaron reuniones para socializar los resultados de la etapa diagnóstica de la investigación, luego se les presentó de forma resumida del Plan de Acción y se hizo énfasis en los objetivos estratégicos y las estrategias a validar. Se les compartió un formulario por medio de Google Forms el cual contenía las indicaciones, cada persona debía valorar en una escala del 1 a 5 tres aspectos, viabilidad, pertinencia y factibilidad de las estrategias propuestas en el Plan de Acción.

Una vez recopiladas las valoraciones de las personas expertas se descargaron las respuestas en una planilla de Excel. Se calculó la media aritmética de las puntuaciones, con el fin de conocer la tendencia central de las valoraciones. Seguidamente, se obtuvo la desviación estándar (DE) para estimar la dispersión de las respuestas y así valorar el grado de homogeneidad entre los jueces.

De manera adicional, se determinó el porcentaje de consenso, definido como la proporción de expertos que otorgaron calificaciones iguales o superiores a 4 en

la escala de 1 a 5. Este indicador permitió identificar si existía acuerdo suficiente respecto a la pertinencia, viabilidad o relevancia de cada ítem.

II.5. Aspectos éticos

Se contó con el consentimiento informado de todos los participantes en el estudio (Anexos 5 y 6). La información obtenida solo fue utilizada con la finalidad declarada en el estudio y procesada con estricta confiabilidad. A sus resultados solo tuvo acceso el equipo de investigadores y se mantuvo la confidencial requerida. En todo momento se tuvo en cuenta lo estipulado en la Declaración de Helsinki.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El presente capítulo muestran primeramente los resultados obtenidos en el proceso investigativo, que permitieron realizar el diagnóstico sobre la situación de la SSR de los estudiantes seleccionados de la Universidad de El Salvador seleccionados. También se incluye el Plan de Acción diseñado y su validación.

Todos los resultados son sometidos a discusión, a partir de la bibliografía consultadas y analizada.

III.1 Primera etapa: diagnóstico

III.1.1 Resultados de la fase cuantitativa

III.1.1.1 Características generales de los estudiantes entrevistados

Se contó con la participación en el llenado del cuestionario de 297 estudiantes, cifra superior a la muestra seleccionada de 262. Del total de personas participantes, 208 fueron mujeres y 89 hombres, esto se corresponde con la composición por sexo de los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud, donde la mayoría son mujeres.

Lo anterior responde a comportamientos histórico en que las mujeres han desempeñado funciones importantes en la prestación de servicios de salud donde se hace evidente la división sexual del trabajo muchas veces arraigado a tradiciones y costumbres sociales.⁽¹⁰⁸⁾ Las estudiantes de Licenciatura en Enfermería y las de Anestesiología e Inhaloterapia representan más de un tercio del total de participantes, tanto para primero, como para segundo año. (Ver anexo 7, tabla 1)

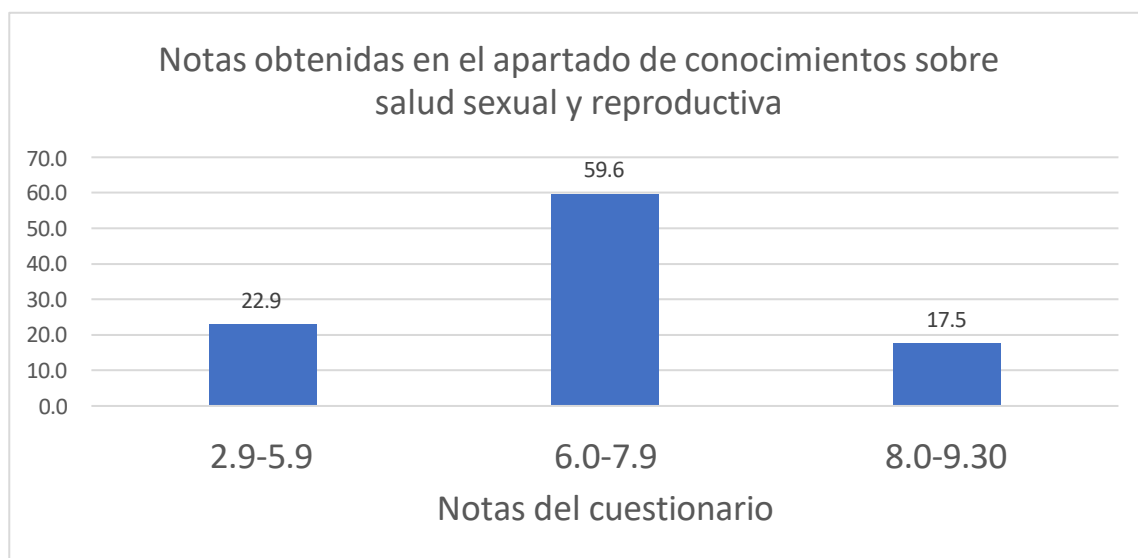
El 51 % de las personas que participaron en la investigación cursaban el segundo año de estudios. Respecto a la edad hay estudiantes desde los 18 años hasta los 25 años o más, predominó el grupo de edades de 18 y 20 años, con un 60,3 %. (Ver anexo 7, tabla 2). Más de la mitad de los estudiantes residen en el departamento de San Salvador, con un 54,8 %, le siguen los que viven en La Libertad, con el 13,5 % y el resto de los estudiantes se distribuyen en los otros 12 departamentos de El Salvador, es importante destacar que hay representación de estudiantes de todo el país. (Ver anexo 7, tabla 3)

Respecto al estado civil más del 90 % dijo estar solteros, de ellos solo el 30,5 % declaró estar en una relación de noviazgo y solamente cuatro personas refirieron estar casados o en unión libre. El 83,8 % reportó relaciones heterosexuales, el 6,1 % dijo ser bisexual y el 4,4 % refirió ser homosexual. El 5,1 % prefirió no decir su orientación sexual.

III.1.1.2 Conocimientos sobre SSR de los estudiantes universitarios

A continuación, se mostrarán mediante gráficos los principales resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario, los que permiten realizar algunas consideraciones importantes:

Gráfico 1



Fuente: anexo 7, tabla 4

El gráfico 1, representa de forma resumida las notas obtenidas en el apartado de conocimientos del cuestionario. La nota mínima fue de 2.9 y la nota máxima de 9.30.

El 22,9 % tuvo notas de 2.9 hasta 5.9; el 59,6 % tuvo notas desde 6.0 hasta 7.9 y el 17,5% obtuvo una calificación desde 8.0 hasta 9.30. Con respecto a estos resultados se puede decir que el nivel de conocimiento se clasifica en muy bueno, el 77, 1 % obtuvo calificaciones desde 6.0 hasta 9.30. Mas del 50 % se ubicó en el rango de bueno con notas de 6.0 hasta 7.9; mientras que el 17, 5 % estuvo en el rango de excelente, es decir que tuvieron notas entre 8.0 a 9.30. Solamente el 22,

9 % reprobó el cuestionario con nota mínima de 2.9 hasta 5.9. Es importante hacer mención que en los dos primeros años de estudios dentro de los programas de la Unidad de Ciencias Básicas hay temáticas relacionadas con algunos de los temas explorados en el cuestionario como por ejemplo ITS, las formas de transmisión y prevención. Esto pudo favorecer en los resultados positivos obtenidos.

La primera pregunta del cuestionario estaba dirigida a explorar el concepto de salud sexual y algunos de sus elementos importantes, al respecto el 90,2 % reconocen que tener una buena salud sexual implica acceso a información y educación en esta materia, esto es importante, ya que como se ha comentado anteriormente y desde el enfoque de la EIS esta contribuye a la toma de decisiones responsables e informadas que favorecen la salud y ayuda a posponer el inicio de la vida sexo genital. Así mismo la información significa sobre SSR fortalece la prevención de embarazos no planificados e ITS, incluido el VIH/Sida. ⁽⁸⁶⁾ Además, el 69 % de los estudiantes refirió que el concepto de buena salud sexual es tener relaciones coitales placenteras y seguras. Un 51,5 % añade no sufrir ningún tipo de violencia. (Ver anexo 7, tabla 5).

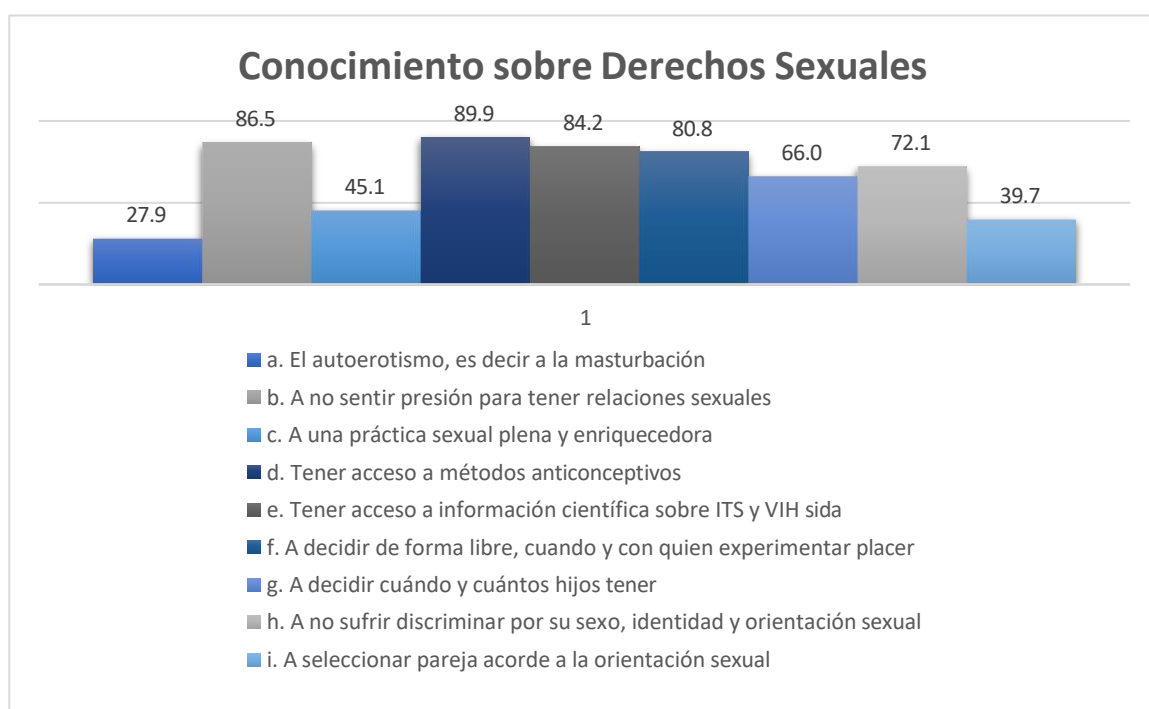
Tan sólo el 17,8 % seleccionó las cuatro respuestas correctas que se plantearon en el cuestionario, es decir, solo ellos reconocen el acceso a la información, no sufrir ningún tipo de violencia, tener relaciones sexuales placenteras y seguras y los estilos de vida saludables como elementos relacionados para alcanzar un buen estado de SSR. Según la OMS el concepto de la SSR requiere de un enfoque positivo, con experiencias libres de violencia y, además, el acceso a educación sobre sexualidad, atención en salud, ⁽¹⁰⁹⁾ es decir, es un concepto amplio que va más allá la genitalidad, de la prevención de embarazos no deseados o las ITS.

El acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR), contribuyen al disfrute y vivencia plena de la sexualidad. ⁽¹¹⁰⁾ Al respecto, se indagó el conocimiento sobre DSR, entre los derechos más conocidos, se puede decir que el 80,8 % reconoce el derecho a decidir de forma libre, cuando y con quien experimentar placer y el 84,2 % también identificó el acceso a información científica sobre ITS y

VIH sida y los estudiantes que reconocieron como un derecho no sufrir discriminación por su sexo, identidad y orientación sexual fueron el 72,1 %.

Llama la atención que apenas el 28,0 % indicó el autoerotismo como parte de los derechos sexuales, (Ver gráfico 2) a pesar que la masturbación es conocida como una forma importante de aprender sobre la propia sexualidad y también puede traer beneficios para la salud física, emocional y sexual, así como para el bienestar de las relaciones con las demás personas.⁽¹¹¹⁾

Gráfico 2



Fuente: anexo 7, tabla 6

Sobre los conocimientos que poseen de las ITS, el 86,5 % dijeron que son aquellas infecciones que se transmiten durante las relaciones sexo genitales sin protección y entre las que más identifican está el VIH con el 95,6 %, el segundo lugar es para la gonorrea, herpes y el Virus del Papiloma Humano, con más del 83 %. El tercer lugar lo ocupa la clamidia con el 59,9 %. Esto coincide con otros estudios en estudiantes universitarios donde la ITS que más reconocen sigue siendo el VIH.⁽¹¹²⁾ Este fenómeno puede deberse a todas las campañas que se realizan en función de la prevención del VIH por el impacto que tiene en la salud pública.

Al respecto del conocimiento de las ITS, hubo un 44,1 % que indicó la vaginosis bacteriana como parte de este grupo de infecciones, la cual se sabe que es el resultado de un desequilibrio de bacterias en la vagina y no es necesariamente de transmisión sexo coital ⁽¹¹³⁾ al igual que la candidiasis que un 39,1 % la clasificó también como una ITS. (Ver anexo 7, tabla 7)

En consonancia con la literatura se detectó entonces confusiones al clasificar vaginosis bacteriana (VB) y candidiasis como ITS; la evidencia clínica indica que la candidiasis no suele transmitirse sexualmente y la VB se entiende como una disbiosis no estrictamente sexual, si bien la actividad sexual influye en su recurrencia. De hecho, un ensayo reciente mostró que tratar a la pareja masculina reduce significativamente la recurrencia de VB, abriendo debate sobre su futura reclasificación; no obstante, las guías vigentes aún no la catalogan como ITS. ⁽¹¹⁴⁾

Las ITS sin duda constituyen actualmente una preocupación sobre todo en poblaciones jóvenes, como ya se mencionó antes, cada día van en aumento, el conocimiento que demuestran los estudiantes de esta investigación se esperaría que favorezca la adopción de conductas para la prevención y detección temprana, esto se va analizar más adelante cuando se relacionen estos resultados con las prácticas y las ITS.

La prevención del embarazo para jóvenes universitarios es importante por el impacto que este puede generar sobre todo en las mujeres jóvenes que las coloca en situación de vulnerabilidad y entre los efectos negativos incluso puede cambiar sus proyectos de vida y el abandono de sus actividades universitarias cotidianas. ^{(115), (116)}

Dicho esto, dentro del apartado de conocimientos se exploró el nivel de conocimiento sobre el periodo fértil del ciclo menstrual y otras prácticas que se consideran de riesgo de embarazo. Respecto al momento fértil del ciclo menstrual el 67,7 % dijo que, durante la semana de ovulación, mientras que el resto dijo que podría ser en cualquier día del mes o durante los días de la menstruación.

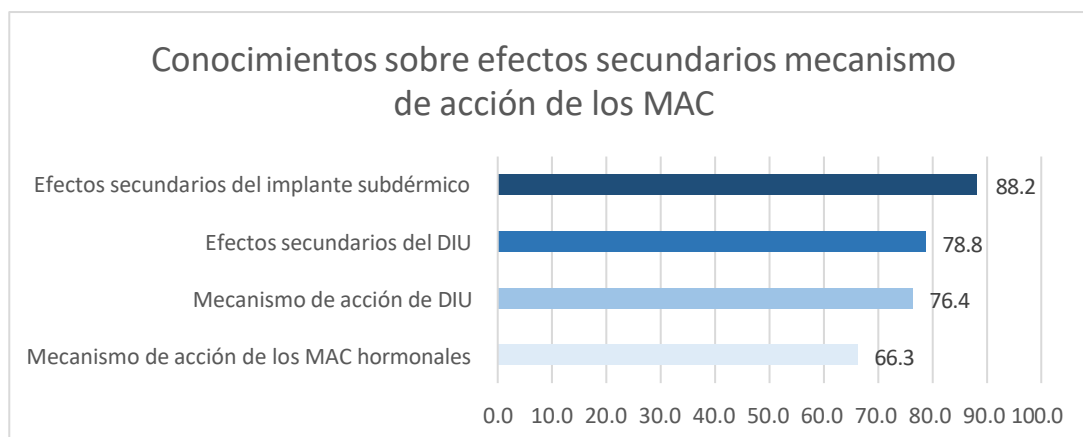
A pesar de que la mayoría respondió de forma acertada, es importante valorar que hay un tercio de la población que puede tener riesgo de un embarazo al tener relaciones coitales durante el período fértil y además no usar un MAC. Cuando se

comparó por sexos, se puede comprobar que el porcentaje que mujeres y hombres que desconocen es prácticamente el mismo, 32,2 % de mujeres y 32,5 % de hombres no conocen el momento fértil del ciclo menstrual. (Ver anexo 7, tabla 8)

Respecto a si una mujer puede quedar embarazada en su primera relación sexo coital, el 86,5 % respondió que sí es posible, pero el 13,5 % de estudiantes no reconocen este riesgo. Así mismo el 18,2 % opina que no hay posibilidad de embarazo si el hombre eyacula afuera durante el acto coital.

Todas estas preguntas están vinculadas con mitos que existen sobre la sexualidad y los cuales pueden ser perjudiciales sobre todo para la prevención del embarazo no intencionado, ⁽¹¹⁷⁾ en el caso de las población en estudio una vez más se ve que el nivel de conocimientos es muy bueno, pero siempre, a juicio de la autora, es necesario reforzar el conocimiento y no dejar de lado a la población que desconoce sobre estos temas ya que al ser jóvenes cada acción que permita prevenir riesgos es importante.

Gráfico 3



Fuente: anexo 7, tabla 9

El gráfico 3 presenta un resumen sobre los conocimientos referentes a los MAC, como se aprecia en la gráfica la población reconoce aspectos esenciales, como el mecanismo de acción de los métodos hormonales (66,3 %) y también del DIU de cobre (76,4 %), así mismo más de tres cuartas partes también identificaron los efectos secundarios tanto del DIU de cobre, como del implante subdérmico. (Ver anexo 7, tabla 10)

Después de analizar los datos, respecto a los conocimientos sobre SSR investigados se puede concluir que el nivel va desde bueno hasta excelente, es importante señalar que, como parte de su formación académica, los estudiantes en el tercer módulo cursan la Sub-problemática 4 denominada “Epidemiología y clínica de las enfermedades sexualmente transmisibles más comunes de El Salvador” por lo tanto hay un conocimiento previo de carácter formal, lo que pudo contribuir a los buenos resultados. Además, esto coincide con otros estudios reflejan que los estudiantes del área de la salud pueden tener mejores conocimientos en comparación con estudiantes de otras facultades. ⁽¹¹⁸⁾

A juicio de la autora, siempre es importante tener en cuenta la población que tiene resultados deficientes con notas desde 2.9 hasta 5.9, porque, aunque son una minoría en temas de prevención de riesgos en SSR todas las personas son igual de relevantes.

III.1.3 Actitudes sobre SSR de los estudiantes universitarios

Para identificar las actitudes de los estudiantes sobre la SSR se les presentaron ocho afirmaciones y por medio de una escala de Likert se valoraron sus respuestas. El 65,5 % piensa que las mujeres pueden tener relaciones sexo coitales antes del matrimonio, esto cambia el paradigma tradicional que restringía toda experiencia sexo genital antes de casarse para las mujeres, lo que demuestra la evolución de conceptualizaciones de la sexualidad acordes al tiempo histórico en el cual se analizan. ⁽¹¹⁹⁾

El 66,7 % no está de acuerdo con que la masturbación sea una práctica dañina para la salud. Otro aspecto favorable fue que el 84,6 % dijo estar completamente en desacuerdo con tener prácticas sexuales esporádicas con personas que no sean sus parejas. También el 87,3 % está de acuerdo con que el uso de drogas, como alcohol o marihuana, incrementa el riesgo de relaciones sexo coitales inseguras. El 86 % acepta que todas las personas que practican relaciones sexo coitales tienen riesgo para adquirir una ITS.

Sobre el uso de MAC en adolescentes y personas jóvenes el 91,4 % está a favor, pero el 49 % piensa que el uso, en general, de métodos anticonceptivos es

dañino para la salud, además, hubo un 37 % no estuvo seguro de su respuesta. (Ver anexo 7, tabla 11)

A partir de todos estos resultados se puede concluir que las actitudes sobre la SSR son positivas, además no se encontraron diferencias significativas al comparar las respuestas según sexo. Estos hallazgos coinciden con otros estudios, en Panamá una investigación con jóvenes de 18 a 25 años demostró que poseen actitudes sexuales más tendiente al liberalismo, lo cual se traduce en una postura más abierta

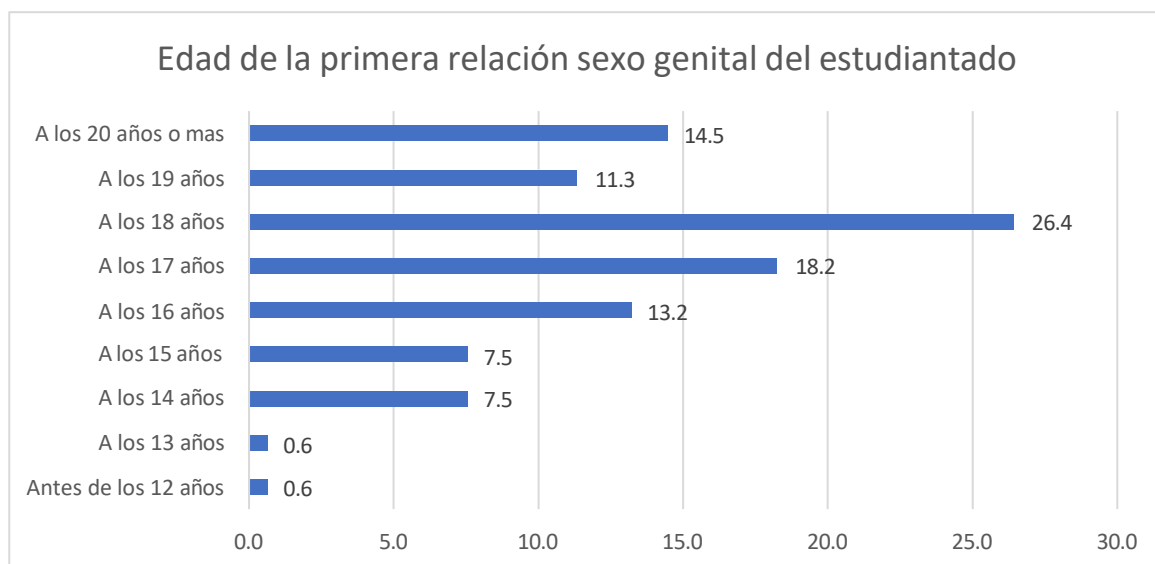
respecto de la sexualidad, una expresión más libre de la misma.⁽¹²⁰⁾ Por lo tanto este puede ser un factor favorable y considerado una oportunidad para realizar intervenciones en SSR con la población universitaria.

III.1.1.3 Prácticas en SSR de los estudiantes universitarios

Finalmente se hizo el diagnóstico de las prácticas vinculadas a la SSR de los estudiantes. Esta última dimensión permitió hacer un análisis más detallado al vincular, lo que saben, con lo que hacen y las actitudes mostradas. Del grupo investigado el 59,6 % ha iniciado relaciones sexuales, el 48,5 % corresponde a mujeres y el 65,1 % son hombres (Ver anexo 7, tabla 12).

En el gráfico 4 se puede observar la edad de la primera relación sexual, el 52,2 % declaró que lo hizo a los 18 años o más, pero el 47,8 % inició antes de los 18 años. Un estudiante reportó haber tenido su primera relación coital a los 12 años. El promedio fue a los 18 años con el 26,4 % y en segundo lugar las personas que iniciaron a los 17 años con el 18,2 %. Cuando se comparan estos resultados por sexo, se puede ver que fueron los hombres quienes en mayor porcentaje iniciaron las relaciones sexuales antes de los 18 años con el 58,6 %.

Gráfico 4



Fuente: anexo 7, tabla 13

Sobre el número de parejas sexo genitales el 61, 6 % ha tenido más de una pareja en toda la vida. Como se afirmó el inicio temprano de las relaciones sexuales favorece que las personas tengan más contactos sexuales en la vida lo cual expone a las personas a riesgos como ITS.⁽¹²¹⁾

En este sentido, el 23,9 % expresó haber tenido dos parejas y el 13 % dijo que han tenido tres o cinco, de este último dato la mayoría corresponde a hombres. (Ver anexo 7, tabla 14)

Otro dato importante de analizar es que al menos el 35 % expresó haber tenido sexo casual, es decir con personas que no son su pareja estable y son nuevamente los hombres con el porcentaje más alto, 30,3 % versus el 13,9 % de mujeres.

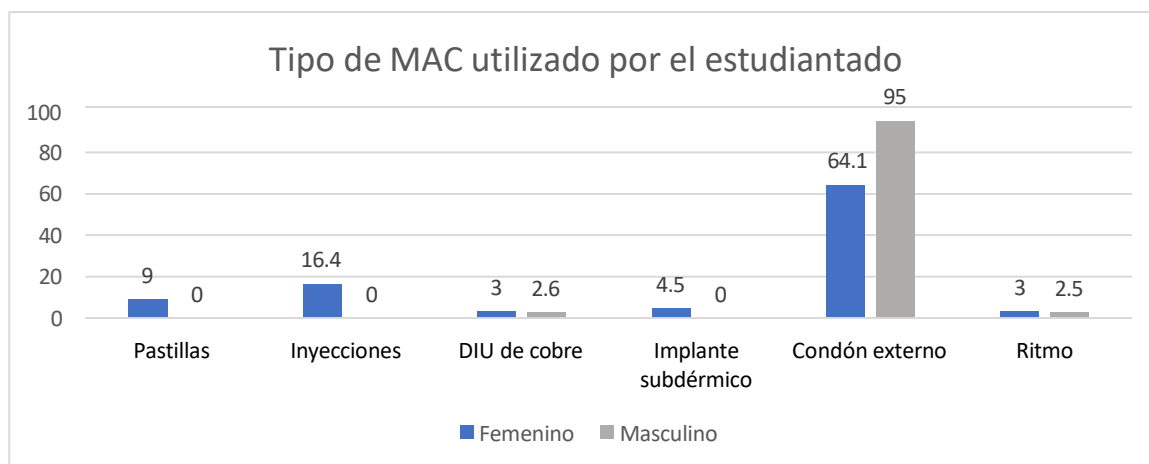
Todos los resultados descritos anteriormente demuestran similitudes con otros estudios, donde los hombres presentan comportamientos en las relaciones sexuales muchas veces marcados por roles, mitos, creencias erróneas y estereotipos de género en el cual deben ser experimentados sexualmente y de esta forma demostrar o ratificar su masculinidad.^{(122),(123)} Y sin duda, estos comportamientos les ponen en más riesgos a los hombres en comparación con las mujeres.

Del 59,5 % de personas que ya iniciaron relaciones sexo coitales, el 6,9 % tuvo un embarazo, ya sea ellas (9 casos) o sus parejas en el caso de los hombres (2 casos). La edad que tenían al momento del primer embarazo fue 18 años para 2 mujeres, en el resto de casos fue después de los 20 años. El tener proyectos de vida es un factor protector para embarazos no planificados, un embarazo requiere de mucho tiempo para la crianza y esfuerzo económico ⁽¹²⁴⁾ que puede ser incompatible con una carrera universitaria sobre todo en la facultad de Medicina de la UES donde las clases son jornadas de hasta 8 horas diariamente. Respecto a los embarazos por la población del estudio, al menos en el 72,7 % no fue planificado, pero si cumplía la condición de ser deseado.

Llama la atención de dos casos donde el embarazo no fue deseado, tampoco planificado y finalizó en aborto. Hay que recordar que en El Salvador la interrupción del embarazo está totalmente penalizada, pero diversas evidencias han mostrado que mientras más medidas restrictivas y condenatorias se apliquen a la población, igualmente accederán a servicios ilegales y clandestinos para conseguir sus objetivos en su afán de resolver sus situaciones y en muchos casos atentando contra sí mismos, sus allegados e infringiendo el derecho fundamental de la vida.⁽¹²⁵⁾

Otra práctica importante es el uso de MAC al momento del estudio. El 66,7 % usa algún método, el porcentaje de hombres y mujeres es muy similar, aunque los hombres reportaron una leve mayoría (Ver anexo 7, tabla 15).

Gráfico 5



Fuente: anexo 7, tabla 16

En el gráfico 5 se puede ver el tipo de MAC usado al momento del estudio, ya sea por los estudiantes o sus parejas en el caso de los hombres. El método de mayor uso es el condón externo, ya que el 75,4 % refirió usarlo. Se puede ver que son los hombres los que hacen mayor uso de ese método. El segundo método de mayor uso con el 16,4 % son los anticonceptivos inyectables y el tercer lugar con el 9 % son los anticonceptivos orales.

A pesar, que el condón externo es el de mayor uso, cuando se exploró la forma de uso tan solo el 48,7 % afirmó que hacer uso de ese método en todo momento y que nunca hay penetración sin el uso del condón, (Ver anexo 7, tabla 17) este dato es relevante, ya que para afirmar que el condón puede ser un factor protector en SSR, el uso de este debe ser de forma correcta y consistente, lo que significa en todo momento y en todo encuentro sexual. ⁽¹²⁶⁾

Hay un porcentaje de estudiantes que al momento del estudio no utilizaban un MAC a pesar de haber iniciado relaciones sexo coitales. De este grupo el 84,9 % dijo haber utilizado previamente algún método, entre las razones para suspender su uso se puede mencionar que el 46,7 % no tiene pareja; el 15,5 % no dispone de tiempo para acudir al establecimiento de salud y un mismo porcentaje expresó que es debido a que la pareja no quiere que usen métodos y el 11 % dice que suspendió el uso por los efectos secundarios. (Ver anexo 7, tabla 18)

Con los datos anteriores se puede decir que el 15 % de estudiantes tienen RSC sin usar métodos para la protección, aunque no son una mayoría, pero si a este porcentaje se le suman los que hacen uso incorrecto de los métodos, entonces, el dato se eleva al 54,7 % de estudiantes que tienen prácticas sexo genitales de riesgo. Sobre todo, porque cuando se exploró el deseo de un embarazo en ese momento nadie respondió de forma afirmativa, esto significa que no hay acciones sistemáticas para prevenir embarazos por parte de este grupo. Este comportamiento es similar al de otros jóvenes, en la Universidad de Valparaíso en Chile tan solo 6,3% de uso estudiantes reportaron el uso condón siempre en las relaciones sexuales penetrativas y el 69,2% dijo que lo hacía a veces. ⁽¹²⁷⁾

Así mismo, se indagó con toda la población que ya había iniciado relaciones sexo genitales el uso de la píldora de emergencia o del día después. El 47,2 %

expresó haber usado la píldora alguna vez en la vida. El 47, 7 % dijo haberla usado al menos una vez en el último año y el 29, 3 % declaró que la usó dos veces. Un 16 % señaló que la ha usado tres o cuatro veces en el último año. (Ver anexo 7, tabla 19 y 20)

Algunos estudios en jóvenes reflejan que la causa más frecuente del uso de la píldora es porque no desean usar un método de forma regular, esto hace que empleen la píldora hasta más de dos o tres veces en el año. ⁽¹²⁸⁾

El último aspecto que se indagó con el estudiantado fue lo relativo a las historias previas o experiencias sobre las ITS. Al respecto el 56,6 % dijo que a pesar de haber iniciado relaciones sexuales nunca se han hecho una prueba para el diagnóstico de ITS, esto sin duda contrasta con el 92,5 % que expresaron haber recibido información preveía sobre estos temas. El 16,3 % dijo que acudió a una consulta médica por sospecha de ITS, de este porcentaje el 19,2 % expuso que fue diagnosticada con el Virus del Papiloma Humano, un dato importante es que, de ese porcentaje, solo una persona dice usar el condón externo en cada RSC, lo cual demuestra la poca sensibilidad de la población para poner en práctica medidas de protección a pesar de conocer los riesgos y haber adquirido una ITS.

En conclusión, los datos del estudio CAP reflejan una población con un buen nivel de conocimiento y satisfacción respecto al uso de métodos anticonceptivos, aunque persisten creencias tradicionales y actitudes negativas frente a ciertos temas como la masturbación y los métodos hormonales.

A pesar de existir un alto grado de concienciación sobre los riesgos de ITS, más de la mitad no se ha realizado pruebas para detectar estas infecciones. Además, el uso de MAC es deficiente, aunque la mayoría reporta el uso de algún método sobre todo el condón externo, esta práctica no se realiza ni de forma sistemática y tampoco correcta. Este análisis sin duda sugiere la necesidad de realizar acciones educativas, de sensibilización y promoción de prácticas saludables sobre la sexualidad, desmontando mitos y promoviendo el acceso a servicios de calidad sobre todo para poblaciones jóvenes.

III.1.2 Resultados de la fase cualitativa

En este apartado se muestran los resultados más significativos de la fase cualitativa de la investigación que correspondió al desarrollo de los grupos focales.

Se realizaron dos grupos focales ambos integrados por siete personas, uno solo de hombres y otro de mujeres. Las edades fueron desde los 19 años hasta los 23. En el grupo focal de hombres, al menos 4 de ellos ya habían iniciado actividad sexual al igual que en el caso de las mujeres.

El análisis de los grupos focales, permitió identificar una serie de categorías que estuvieron en correspondencia con las preguntas temáticas de la encuesta de la etapa cuantitativa.

III.1.2.1 Percepciones del estudiantado sobre salud sexual y reproductiva

Durante el desarrollo de los grupos focales se pudo contrastar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. Se comparan las diferencias y puntos de convergencia entre las opiniones de los hombres y las mujeres.

Se buscó explorar aquellos elementos de mayor interés para esta investigación. Es importante, por ejemplo, conocer la claridad de algunos términos como el de SSR es así que se planteó la primera pregunta: “¿*Qué se entiende por buena salud sexual y reproductiva?*”, y surgieron diferencias y coincidencias significativas entre las percepciones de hombres y mujeres participantes en los grupos focales.

Tanto hombres como mujeres coincidieron en que la SSR implica principalmente la prevención de riesgos asociados a la vida sexual. Entre los hombres se destacó la importancia de “*yo pienso que sería planificar bien un embarazo*” (P3, hombres) y de “*tiene también que ver con prevenir infecciones*” (P4, hombres), lo que refleja un énfasis en el control reproductivo y la protección frente a las ITS. De manera similar, las mujeres señalaron que se trata de “*protección ante infecciones de transmisión sexual*” (P2, mujeres) y “*la prevención de embarazos*” (P3, mujeres). No obstante, ellas agregaron un aspecto diferenciado: el cuidado

corporal e higiene, ejemplificado en la respuesta *“para mí también se refiere a la higiene genital”* (P1, mujeres). Esto sugiere que, mientras los hombres enfocan la prevención hacia la planificación y el control de riesgos, las mujeres lo amplían hacia prácticas de autocuidado cotidiano.

Los hombres resaltaron la importancia del consentimiento mutuo, evidenciado en expresiones como: *“aquella en la cual la pareja voluntariamente accede a tener una relación íntima”* (P1, hombres) y *“cuando se decide tener relaciones sexuales y las dos personas están de acuerdo”* (P2, hombres). Este énfasis revela una preocupación ética vinculada al respeto y a la voluntad de las partes en la intimidad.

Por otro lado, las mujeres incorporaron un matiz distinto al señalar que la salud sexual también se relaciona con *“las relaciones entre las parejas”* (P4, mujeres), lo cual indica que, más allá del consentimiento, ellas consideran la calidad y estabilidad del vínculo relacional como parte fundamental de la SSR.

Una diferencia relevante se encuentra en la inclusión del placer y bienestar emocional en las respuestas de las mujeres. Una de ellas afirmó que la SSR también implica *“que nos sintamos bien cuando tenemos relaciones sexuales”* (P5, mujeres). Este aporte refleja una concepción más amplia y holística, que va más allá de la prevención de riesgos para integrar la experiencia subjetiva y positiva de la sexualidad. En contraste, los hombres no mencionaron explícitamente el disfrute o la satisfacción emocional, manteniéndose en un plano principalmente biológico.

Cabe señalar que ni hombres ni mujeres hicieron referencia explícita a los derechos sexuales y reproductivos, al acceso a servicios de salud especializados o a la equidad de género. Esto sugiere que, si bien las personas participantes reconocen dimensiones preventivas, relacionales y emocionales, aún existe una visión parcial que deja de lado componentes clave de la salud sexual y reproductiva sobre todo en función de la prevención de riesgos para su salud.

Lo anterior fue coincidente con los resultados de la fase cuantitativa, donde apenas el 17,8 % de las personas señalaron todos los elementos propuestos de la SSR en el cuestionario de preguntas. La autora considera que lo anterior evidencia

la necesidad de fortalecer esta área para ampliar la visión de la sexualidad, la SSR, enfocada a otros elementos más allá la genitalidad

Es así que la siguiente pregunta estuvo relacionada con los derechos sexual y reproductivos y se les preguntó: “¿*Qué derechos sexuales y reproductivos consideran más importantes y cuáles creen que son menos conocidos entre estudiantes?*”, se observaron diferencias notables en las percepciones entre hombres y mujeres participantes en los grupos focales.

En el grupo de hombres se evidenció un silencio inicial tras la intervención de la investigadora y posteriormente, las intervenciones surgieron de manera fragmentada. El grupo de mujeres también demostró inseguridad al responder a la pregunta. A juicio de la autora esto puede interpretarse como una señal de desconocimiento o inseguridad frente al tema.

Los hombres destacaron tres elementos principales: el derecho a formar una familia, mencionado como “*quizás a formar una familia*” (P3, hombres). La autonomía y voluntariedad en el acto sexual, expresada como “*autonomía de las personas para mantener un acto voluntario*” (P1, hombres) y el acceso al conocimiento de herramientas y métodos anticonceptivos, señalado en “*conocimiento sobre las diversas herramientas y métodos anticonceptivos*” (P4, hombres).

Estas respuestas muestran que los hombres enfocan los derechos sexuales y reproductivos en tres ejes: lo reproductivo (formar familia), lo ético (consentimiento) y lo preventivo (uso de anticonceptivos). Sin embargo, no mencionan los aspectos relacionadas con la protección frente a violencia, discriminación o acoso.

Las mujeres, en cambio, plantearon una visión más amplia y centrada en la autonomía corporal y la protección frente a la violencia. Así, una participante afirmó que es fundamental “*decidir si ser mamá*” (P7, mujeres), lo que alude directamente a un derecho reproductivo. Otra participante expresó la importancia de “*poder decidir si queremos o no tener relaciones*” (P1, mujeres), resaltó el consentimiento sexual como una base esencial de los derechos. Finalmente, una tercera participante

subrayó el derecho *“otro derecho creo que puede ser a no ser acosadas”* (P4, mujeres), lo que evidencia una preocupación por la seguridad y la protección frente al hostigamiento.

En este grupo se observa, por tanto, una perspectiva más vinculada a la equidad de género, la autodeterminación y la seguridad personal.

Ambos grupos coincidieron en valorar el consentimiento y la autonomía como derechos fundamentales, aunque lo expresen de forma distinta.

Cabe señalar que ni hombres ni mujeres mencionaron explícitamente derechos como el acceso universal a servicios de SSR, el derecho a la educación sexual integral o la no discriminación por orientación sexual o identidad de género. Esto revela a juicio de la autora una comprensión parcial de los derechos reconocidos internacionalmente y donde es necesario hacer mayor promoción para que puedan ejercer y promover estos derechos.

Se identificó que una de las prácticas de la población es el inicio inclusive antes de los 18 años de la actividad sexo genital, al respecto, se exploró *“¿Qué motiva a una persona joven a iniciar su vida sexual antes de los 18 años?”* sobre esto, los hombres destacaron la influencia de los contenidos sexuales disponibles en internet, particularmente la pornografía, como un factor que crea expectativas poco realistas sobre la sexualidad: *“influenciado por la accesibilidad de mucho contenido para adultos ‘pornografía’, se crean expectativas falsas con relación a esos contenidos pornográficos y cuando se llega a la vivencia de la sexualidad-genital la realidad es otra”* (P1, hombres).

Asimismo, la presión social y la curiosidad fueron mencionadas como motivaciones recurrentes: *“curiosidad y la presión social que a veces se puede dar entre los mismos amigos también influye”* (P4, hombres). Otro participante matizó que la presión social puede variar según el contexto: *“sí hay presión social para iniciar relaciones sexuales para los hombres, pero depende del contexto o por ejemplo la ubicación, en el área rural hay más presión que en las áreas urbanas”* (P2, hombres). Al respecto se mencionó la importancia también del contexto *“en el bachillerato sí hay más presión entre los mismos compañeros y se habla más*

abiertamente del tema” (P1, hombres). Además, se destacó el papel de las redes sociales y el acceso a información como factor motivante: *“el acceso a las redes sociales y toda la información que ahora hay”* (P3, hombres).

Las mujeres enfatizaron especialmente la presión de la pareja como factor determinante. Una participante comentó: *“sobre todo la presión social de la pareja, sobre todo si están con un hombre mayor”* (P1, mujeres). En la misma línea, otra afirmó que muchas veces la iniciación sexual se da por la *“prueba de amor”* (P4, mujeres).

También señalaron el papel de la curiosidad y las formas de presión ejercidas por los hombres: *“muchas veces es por curiosidad y los hombres tienen formas de presionar para tener relaciones”* (P5, mujeres). Además, se destacó la influencia de los pares femeninos en la decisión: *“muchas veces las jóvenes no conversan de estos temas y entonces tienen relaciones sexuales por presión de sus novios o también de las amigas que le dicen: ‘hacerlo, a mí no me pasó nada’”* (P2, mujeres).

Finalmente, también se reconoció la agencia individual como factor de inicio: *“hay quienes también lo hacen por decisión propia, porque ellas quieren”* (P3, mujeres). Sobre los motivos para el inicio de la actividad sexo genital se puede ver que son diversos, que la presión social es un tema de influencia este fenómeno también se vio reflejado en otros estudios de tipo cualitativo donde se analizó que la motivación para el inicio de la actividad sexo genital la motivación para el inicio de la actividad sexo genital fue la presión social de la masculinidad y en el caso de las mujeres, la mayoría comenzaron su vida sexual dentro de relaciones amorosas; con frecuencia con parejas varios años mayores. ⁽¹²⁹⁾ La autora considera que estos comportamientos trasgreden derechos como la autonomía corporal y el derecho a vivir libre de violencia o coerción en materia de SSR, y aunque el estudio con adolescentes reportó que no perciben como una vulneración a sus derechos, es necesario trabajar en el empoderamiento y la capacidad de toma de decisiones.

Hay que destacar que durante las discusiones se hizo evidente la necesidad de información sobre estos temas, ya que cuando se explora el rol que se ejerce desde la universidad en la educación en SSR la opinión mayoritaria de los hombres

apunta a que la información brindada es insuficiente o demasiado superficial. Uno de ellos señaló que *“es muy básica, casi no profundizan en lo que de verdad necesitamos”* (P2, hombres), lo cual refleja una insatisfacción con la profundidad del contenido recibido. Por su parte, las mujeres expresaron percepciones más matizadas. Una estudiante indicó que, en su experiencia personal, *“en el poco tiempo que tengo dentro de la Universidad, no sé si a las otras facultades se les da información sobre estos temas como a nosotras”* (P4, mujeres). Otra consideró que, al pertenecer a una facultad de Medicina, *“tenemos más información que otras facultades”* (P2, mujeres). Esto sugiere que las mujeres perciben cierto nivel de acceso privilegiado en comparación con otros espacios académicos, aunque reconocen desigualdades institucionales.

Los hombres destacaron un problema de exclusión en las campañas universitarias: *“la información está dirigida sobre todo a las mujeres y a los hombres no nos incluyen”* (P3, hombres). En la misma línea, otro participante reconoció que *“en las campañas comparten información importante, pero también pienso que deben incluir más a los hombres”* (P7, hombres). Esto revela una percepción de invisibilidad en los programas de educación sexual universitaria. En contraste, las mujeres señalaron que, si bien reciben información, persisten estigmas sociales y culturales. Los hombres también expresaron necesidades informativas específicas. Un participante manifestó que *“nos gustaría recibir información, por ejemplo, de cuándo es el momento fértil del ciclo menstrual”* (P1, hombres), lo que refleja una demanda concreta de conocimientos prácticos sobre procesos reproductivos.

Sobre el tema de MAC, dentro del cuestionario se evidenció una actitud desfavorable hacia los métodos hormonales por eso se realizó la pregunta *“¿Por qué creen que algunas personas consideran que los métodos anticonceptivos son dañinos para la salud?”*, tanto hombres como mujeres expresaron percepciones asociadas a los efectos secundarios, la falta de información confiable y las creencias sociales, aunque con matices diferenciados entre ambos grupos.

En el grupo de hombres, las respuestas fueron breves y centradas en los efectos visibles y los riesgos médicos. Un participante señaló: *“por los efectos que*

pueden ser visibles y por esa situación consideran dañinos para la salud” (P1, hombres). Otro complementó: *“siempre existen riesgos que pueden variar dependiendo de la mujer. Por eso es importante asistir a consulta”* (P2, hombres).

De esta forma, los hombres reconocen la existencia de riesgos, pero enfatizan la necesidad de atención médica para un uso seguro de los anticonceptivos.

Las mujeres, en cambio, ofrecieron respuestas más amplias y diversas, reflejando experiencias y creencias comunes entre estudiantes. Se mencionó la duración del uso como factor de preocupación: *“depende del tiempo que se usen los métodos, hay personas pasan hasta 15 años y eso pienso que está mal”* (P3, mujeres). También apareció la idea del desconocimiento y miedo, expresado como *“hay miedo, quizás es porque no los conocen”* (P2, mujeres) y *“hay temor a los efectos secundarios”* (P4, mujeres).

Así mismo, se señalaron prácticas riesgosas como la automedicación: *“yo pienso que es porque tampoco acuden a una consulta con una persona especialista y ellas solas compran el método en la farmacia”* (P1, mujeres). Otras participantes identificaron creencias populares, como la idea de que los anticonceptivos *“las va a hacer engordar mucho”* (P5, mujeres). Finalmente, surgió la dimensión social y cultural: *“a las jóvenes les da miedo acudir a la unidad de salud porque piensan que las van a criticar o a juzgar, entonces por eso mejor no usan métodos”* (P7, mujeres).

En conjunto, las mujeres vinculan la percepción de daño con efectos físicos, mitos, prácticas de automedicación y barreras sociales, lo que evidencia una comprensión más amplia sobre este tema.

Ante la pregunta *“¿Qué opinan sobre tener muchas parejas sexuales o encuentros esporádicos sexuales?”*, tanto hombres como mujeres coincidieron en reconocer que se trata de una práctica común en la actualidad, aunque introdujeron diferentes matices en sus respuestas, vinculados al placer, la informalidad de las relaciones, y las diferencias de género en la percepción social de estas conductas.

Los hombres asociaron esta práctica con la falta de formalidad y compromiso en las relaciones, mencionan que *“no hay formalidad en las relaciones de parejas,*

no hay relaciones oficiales, yo tengo ‘tal situación’, influencia de las redes sociales son los mensajes que se dan ahora” (P1, hombres).

Otro participante relacionó el fenómeno con la búsqueda del placer inmediato: *“la búsqueda del placer inmediato y por eso es que se tiene sexo casual”* (P2, hombres). Del mismo modo, se señaló que este tipo de prácticas son posibles porque *“no hay un compromiso con una persona estable”* (P4, hombres).

Aunque la mayoría aceptó que se trata de una conducta común, también emergió la preocupación por el riesgo de prácticas sexuales sin protección. Así, uno de los participantes expresó: *“yo pienso que ahora eso es común, uno puede conocer a alguien y tener algo, pero yo digo que hay que cuidar, el problema es que no siempre se tienen condones para usarlos”* (P6, hombres).

En conjunto, los hombres reconocen la prevalencia de los encuentros sexuales esporádicos, pero los asocian principalmente con la informalidad, el placer y la falta de compromiso, señalan además riesgos vinculados a la falta de protección.

Las mujeres coincidieron en que esta práctica es cada vez más común, aunque matizaron sus respuestas desde diferentes ángulos. Una participante afirmó que *“es una práctica que sí se da, es el ‘casi algo’ y sí se pueden tener relaciones sin ser novios formales”* (P1, mujeres), mientras otra reforzó que no hay distinción de género: *“es una práctica que se da igual para mujeres y hombres, yo no creo que haya diferencia”* (P2, mujeres).

Asimismo, se señaló que la motivación puede estar vinculada a la curiosidad o al deseo espontáneo, como lo expresó una estudiante: *“sí se da, a veces es solo por curiosidad o porque le ganan las ganas de tener algo con esa persona”* (P4, mujeres). Sin embargo, también emergió un matiz de diferencia de género en la valoración social de estas prácticas, ya que una participante indicó: *“en el caso de los hombres es diferente, porque a ellos eso les aumenta el ego”* (P7, mujeres).

En este grupo, por lo tanto, se reconoce que las mujeres también participan en encuentros esporádicos, pero se visibiliza que las interpretaciones sociales son

desiguales, ya que en los hombres se legitima como símbolo de estatus o masculinidad.

Estos hallazgos reflejan, a juicio de la autora que, aunque hombres y mujeres coinciden en reconocer la prevalencia de estas prácticas, las mujeres visibilizan con mayor claridad la dimensión de desigualdad social y estigmatización, lo que evidencia la necesidad de trabajar en la deconstrucción de estereotipos de género y en la promoción de una sexualidad responsable e igualitaria.

En este mismo sentido, se explora con las personas participantes el uso del condón y sea externo o interno, las practicas sexo genitales esporádicas son un factor de riesgo en SSR por lo tanto es importante conocer el uso de métodos de barrera, hay que recordar que en el cuestionario, la mayoría de estudiantes reportaron hacer uso de condones pero al momento de valorar el uso correcto hubo muchas discrepancias y en la aplicación de los grupos focales se observaron coincidencias entre hombres y mujeres en cuanto a la inconsistencia en el uso.

Los hombres reconocieron que el uso del condón no siempre es constante ni adecuado. Un participante afirmó: *“yo pienso que a veces se puede usar y otras veces no, porque no siempre tenemos”* (P1, hombres), lo que refleja la inconsistencia en la disponibilidad y aplicación del método. Asimismo, se mencionó el uso incorrecto: *“se usa, pero hay sexo sin condón y hasta que ya está por terminar se lo colocan”* (P2, hombres), evidenciando prácticas de riesgo vinculadas a un empleo inadecuado.

Otro participante señaló la falta de importancia otorgada al tema: *“muchas veces no le tomamos la importancia al uso del condón, uno sabe que existe, pero se usa mal”* (P3, hombres). Finalmente, surgió una recomendación en torno a la necesidad de promoción y educación: *“yo pienso que se debería promocionar más, para saber bien cómo se debe usar y de esa forma hacer más conciencia en la población”* (P4, hombres).

Los hombres reconocen la inconsistencia, el uso incorrecto y la falta de conciencia, demandando mayor promoción educativa. Las mujeres coincidieron en señalar el uso inadecuado o inexistente del condón. Una participante comentó *que*

“los hombres no lo usan para sentir más placer” (P1, mujeres), aluden a la percepción de que el condón reduce la sensibilidad. Otra reforzó la idea de prácticas erróneas: *“creo que no siempre se usa bien”* (P3, mujeres).

Se destacó también la influencia de la confianza en la pareja como factor que condiciona el uso: *“depende, si hay confianza con la pareja y se piensa que es fiel la pareja entonces no usan condones”* (P7, mujeres). Finalmente, se visibilizó la importancia de la negociación femenina en la pareja: *“la ignorancia de las personas, porque si yo no quiero quedar embarazada le digo a mi pareja que lo usemos de forma correcta”* (P2, mujeres).

Las mujeres, por tanto, introducen aspectos ligados al placer masculino, la confianza relacional y el rol activo de la mujer en exigir el uso del condón. Ambos grupos coinciden en que el condón no siempre se utiliza de forma constante ni correcta. Reconocen que existen prácticas de riesgo debido al mal uso o a la omisión del preservativo.

En el mismo sentido de la prevención, se profundizaron las razones que llevan a los jóvenes a no realizarse pruebas para la detección de ITS, ya que apenas el 19 % se ha realizado alguna vez en la vida una prueba para la detección de infecciones. En este aspecto, tanto hombres, como mujeres coincidieron en señalar el desconocimiento, la falta de promoción y la percepción de invulnerabilidad juvenil como obstáculos centrales. Sin embargo, las mujeres visibilizaron con mayor claridad las barreras sociales y de género, asociadas al estigma y al juicio moral.

Los hombres enfatizaron principalmente la escasez de información y promoción dirigida hacia ellos. Uno de los participantes expresó que *“la información, hay poca difusión hacia los hombres”* (P2, hombres), mientras otro señaló que *“la promoción que se le da es poca, pero solo en ciertos lugares por la Universidad o el hospital”* (P3, hombres).

También surgió la percepción de invulnerabilidad en la juventud, donde se asume que una buena salud es suficiente para evitar riesgos: *“uno cuando es joven piensa que es inmune, por lo que se percibe que se tiene un buen estado de salud”* (P1, hombres). Finalmente, se destacó el tema de la negación del riesgo: *“puede*

ser por el desconocimiento que a veces se tiene, o creer que aún no le va a pasar nada” (P4, hombres).

Las mujeres también señalaron el desconocimiento y la subestimación del riesgo como barreras. Una participante dijo: *“por la misma ignorancia que creen que no les va dar algo” (P1, mujeres)*, mientras otra reforzó: *“no se lo toman en serio” (P2, mujeres).*

Asimismo, apareció el exceso de confianza en la pareja, expresado como: *“se cree que la pareja le es fiel, y como no pienso que mi novio tiene otra pareja entonces” (P4, mujeres)*. Otro obstáculo identificado fue la minimización de síntomas: *“tal vez pueden tener síntomas, pero creen que se les va a pasar, entonces no consultan” (P7, mujeres).*

De manera más específica que los hombres, las mujeres visibilizaron las barreras sociales y de género, asociadas al estigma y al juicio moral. Una participante afirmó: *“miedo a ser juzgados por otras personas y que los amigos se enteren” (P6, mujeres)*, mientras otra subrayó: *“la sociedad más que todo a las mujeres las juzga, y si una se hace una prueba de ITS ya piensan que es porque una tuvo varias parejas” (P5, mujeres).*

Esto refleja cómo el estigma social y las normas de género afectan de manera diferenciada a las mujeres, generando mayor resistencia a practicarse pruebas preventivas.

El análisis comparativo de las percepciones de hombres y mujeres universitarios sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) evidencia tanto coincidencias generales como diferencias significativas de género, que reflejan construcciones sociales, culturales y educativas alrededor de la sexualidad. Estas diferencias revelan la necesidad de fortalecer la educación sexual universitaria, no solo en el aspecto técnico como el uso correcto del condón, sino también en la deconstrucción de mitos relacionados a la SSR.

III.1.3 Contrastación de datos cuantitativos y cualitativos del estudio

La triangulación se realizó bajo un diseño de métodos mixtos, que permitió contrastar y complementar la información cuantitativa proveniente del cuestionario CAP con la información cualitativa obtenida en grupos focales.

En la dimensión de conocimiento la encuesta CAP mostró que la mayoría de los estudiantes conoce de forma básica conceptos de SSR (métodos anticonceptivos, prevención de ITS y derechos sexuales), aunque existen deficiencias en temas específicos como el uso correcto del condón, los días fértiles y el acceso a servicios. Esto se corroboró cualitativamente en los grupos focales: los hombres dijeron que “muchas veces no le tomamos la importancia al uso del condón, uno sabe que existe, pero se usa mal” (P3, hombres) y las mujeres señalaron “miedo a los efectos secundarios” (P1, mujeres). También se identificaron desigualdades en el conocimiento entre facultades: los hombres mencionaron sentirse excluidos de campañas informativas, mientras que las mujeres reconocieron tener mayor acceso en Medicina, pero no en toda la universidad.

En la dimensión de actitudes los datos cuantitativos indicaron actitudes ambivalentes frente a la sexualidad temprana, las parejas múltiples y el uso del condón. Un porcentaje significativo reconocía la importancia de la prevención, pero justificaba no usar métodos en ‘relaciones de confianza’. Esto se reflejó en los grupos focales: “si hay confianza con la pareja y se piensa que es fiel la pareja entonces no usan condones” (P7, mujeres) y “uno cuando es joven piensa que es inmune” (P1, hombres). Además, las mujeres señalaron la existencia de dobles estándares de género, mientras que los hombres tendieron a naturalizar las relaciones casuales sin cuestionar su impacto.

Al respecto de las prácticas la encuesta CAP evidenció que el uso consistente y correcto de métodos anticonceptivos es bajo y que la realización de pruebas preventivas de ITS es limitada, pese al conocimiento declarado. Los grupos focales explican esta brecha: “a veces se puede usar y otras veces no, porque no siempre tenemos” (P1, hombres); “los hombres no lo usan para sentir más placer” (P1,

mujeres); “miedo a ser juzgadas si se hacen una prueba de ITS” (P5, mujeres). También surgió que el inicio sexual temprano responde a presiones sociales, curiosidad y desigualdades de género, lo que contribuye a prácticas sexuales de riesgo.

En conclusión, la triangulación de la encuesta CAP con la información cualitativa de grupos focales fortalece la validez y profundidad del diagnóstico situacional de SSR. La encuesta permitió cuantificar niveles de conocimiento, actitudes y prácticas, mientras que los grupos focales revelaron los contextos culturales, emocionales y de género que explican por qué esas cifras se comportan así. La evidencia integrada muestra que el conocimiento no se traduce automáticamente en comportamientos preventivos; además existen barreras estructurales, culturales y de género que impactan en las prácticas sexuales y en el acceso a servicios. Y otro aspecto a resaltar es que los programas de educación en SSR deben incorporar enfoques diferenciados por género, estrategias de inclusión masculina y reducción del estigma para fomentar una vivencia sexual más informada y saludable.

En ambas técnicas se refleja un alto grado de concienciación sobre los riesgos de ITS, el mayor problema radica en los MAC, aunque la mayoría reporta el uso de algún método sobre todo el condón externo, se reconoce que esta práctica no se realiza ni de forma sistemática y tampoco correcta. Esto muestra la necesidad de realizar acciones educativas, de sensibilización y promoción de prácticas saludables sobre la sexualidad, para desmontar mitos y promover el acceso a servicios de calidad sobre todo para poblaciones jóvenes.

Todo lo anterior permitió visualizar las áreas de resultados clave donde actuar y los principales problemas a solucionar desde la propuesta del plan de acción que influya de forma positiva en el manejo y control de la SSR de los estudiantes.

III.2 Segunda etapa de la investigación: diseño del Plan de Acción.

El plan de acción propone una solución a la problemática identificada en la presente investigación.

III.2.1 Construcción de la Misión y la Visión y el diagnóstico estratégico o análisis FODA

Para la elaboración del Plan de Acción primero se desarrolló la etapa explicativa que se corresponde con el diagnóstico de las áreas de resultados clave y estrategias para cada área derivada de las conexiones e integraciones de los resultados de cada etapa del estudio mixto empleado.

Se definió como Misión: “contribuir al bienestar integral de la comunidad universitaria mediante la promoción, prevención y atención en SSR, con el desarrollo de acciones de gestión, educativas, asistenciales y de investigación, sustentadas en la evidencia científica y en el compromiso ético y social de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador”. Las acciones que se realicen serán mediante alianzas estratégicas, tanto dentro de la Universidad, como fuera con aliados estratégicos.

Se definió como Visión: “ser un Plan de Acción universitario de referencia nacional e internacional en SSR, reconocido por la calidad en la atención, innovación en estrategias de prevención y su impacto positivo en la salud, además comprometidos con un enfoque de género y derechos humanos”.

Como ya se indicó anteriormente, la unidad ejecutora del Plan de Acción será la clínica Salud Materno Infantil y el análisis FODA parte del análisis de las características de la clínica.

En el análisis FODA o DAFO (Anexo 8) se identificaron 12 fortalezas, cinco debilidades, 15 oportunidades y 4 amenazas las cuales se describen a continuación:

Fortalezas:

F1-Experiencia de la Coordinadora de la clínica en las atenciones en SSR hacia la población joven y además compromiso con la implementación de Plan de Acción

F2-La clínica cuenta con personal cualificado en servicio social o pasantía para la atención.

F3-Acceso a TICS

F3-Existe equipamiento e infraestructura para la ejecución del plan

Equipamiento

F4-La clínica está ubicada estratégicamente en una zona accesible

F5- Se cuenta con redes sociales que permiten difundir información

F6- Disponibilidad de suministros médicos como MAC, insumos para la toma de PAP, materiales educativos

F7-Las atenciones se brindan basadas en enfoques de derechos humanos, género.

F8- Existe el inventario de la clínica

F9- Registro de productividad diario e informes trimestrales positivos

F10- Estudio de tesis realizado reportó alto nivel de satisfacción por parte de las usuarias atendidas

F11- Fuerte experiencia en el desarrollo de acciones educativas en SSR con creación propia de materiales.

F12- Formación de estudiantes en la práctica clínica en los ciclos lectivos de la UES

Debilidades:

D1-La clínica depende de donaciones para la provisión de MAC y de colaboradores externos para la toma de citologías.

D2- No hay manuales de procedimientos ni administrativos de la clínica

D3- La clínica está sujeta a políticas institucionales

D4- Poco personal para las atenciones

D5- Múltiples funciones por parte de la coordinadora de la Clínica

Oportunidades:

O1- La unidad de salud del MINSAL con apertura a la colaboración

- O2- Docentes de la Carrera SMI con maestría en el tema de SSR
- O3- Otras docentes dentro de la FM con Maestría en SSR
- O4- Reapertura de la Maestría de educación en SSR
- O5- Actitud positiva del estudiantado a temas en SSR
- O6- Posibilidad de toma de acuerdos con las autoridades de la FM
- O7- Socios estratégicos externos a la UES Ipas LAC, PSI con capacidad de generar donaciones
- O8- Programa de estudiantes becarios de la UES que deben realizar horas de retribución
- O9- Estudiantes egresadas de la Maestría de educación en SSR que deben realizar servicio social
- O10- Necesidad de mejorar los comportamientos en SSR y disminuir las conductas de riesgo en el estudiantado
- O11- Socios estratégicos dentro de la UES: Rectoría, Bienestar Universitario, Unidad de estudios de Género, Decanaturas de otras Facultades, Proyección Social de la UES
- O12- Acciones aisladas por parte de diversas carreras de la Facultad de Medicina en el tema de SSR
- O13- Coordinaciones con la CSMI para el desarrollo de investigaciones de productividad de la clínica y otros
- O14- Apoyo por parte de la Dirección de la Carrera Salud Materno Infantil
- O15- Posibilidad de trabajo con el UNFPA

Amenazas:

- A1- Carga académica del estudiantado para participar en las actividades
- A2- Dependencia de políticas y lineamientos Ministeriales

A3- Administración externa del presupuesto

A4- El CRSV no funciona como unidad productiva por lo tanto no se perciben beneficios del cobro de aranceles

Una vez identificados todos estos aspectos se procedió a la elaboración de la Matriz Evaluación de Factores internos (Anexo 9). Esta matriz MEFI arrojó un puntaje total ponderado de 3.21, lo cual ubica a la clínica en una posición interna favorable y sólida. Esto significa que las fortalezas institucionales como el recurso humano capacitado, la experiencia acumulada en atención en salud sexual y reproductiva, la infraestructura disponible y la satisfacción de los usuarios predominan sobre las debilidades identificadas. En consecuencia, la clínica cuenta con bases organizativas y operativas suficientes para consolidar y ampliar sus servicios, así como para implementar de manera efectiva el plan de acción orientado a mejorar la salud sexual y reproductiva del estudiantado.

La Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE) que se puede ver en el anexo 12, obtuvo un puntaje de 3.11, lo que refleja que la clínica se encuentra en un entorno externo favorable. Las oportunidades externas como la colaboración de socios estratégicos, la reapertura de programas académicos vinculados a la SSR y la disponibilidad de estudiantes en servicio social y horas de retribución superan de manera significativa las amenazas identificadas. Esto permite concluir que la clínica tiene un marco de acción propicio para ampliar sus intervenciones en SSR, siempre y cuando se implementen estrategias que aprovechen dichas oportunidades y minimicen los riesgos externos.

Luego, al hacer el cruce de fortalezas con oportunidades (FO), se definieron al menos seis posibles estrategias (Anexo 11)

1. Ampliar convenios de colaboración con socios estratégicos (O7, O11, O15) aprovechando la experiencia y compromiso del personal (F1, F2) para asegurar insumos y recursos permanentes para la clínica.
2. Usar redes sociales y materiales educativos propios (F5, F11) para difundir campañas sobre SSR dirigidas a estudiantes (O5, O10), que aumenten su alcance y participación.

3. Aprovechar infraestructura y ubicación estratégica de la clínica (F3, F4) para ofrecer talleres y charlas presenciales coordinadas con la Maestría en SSR (O2, O3, O4).
4. Integrar estudiantes becarios y en servicio social de la Maestría de Educación en SSR (O8, O9) a las actividades de educación, apoyados en el inventario y recursos disponibles (F8, F6).
5. Coordinar investigaciones sobre productividad y satisfacción usuaria (O13, O14) utilizando registros e informes de la clínica (F9, F10) para respaldar la gestión y mejorar servicios.
6. Establecer alianzas con docentes formados en las temáticas y otras carreras que trabajan proyectos en SSR (O13,O12) para difundir los mensajes creados en las redes sociales (F5)

Se encontraron cuatro estrategias debilidades oportunidades (DO) lo cual se traduce en superar Debilidades aprovechando Oportunidades:

1. Elaborar y aprobar manuales de procedimientos y administrativos (D2) con apoyo de docentes expertos y autoridades de la FM (O6, O14).
2. Gestionar la programación de donaciones periódicas de insumos (D1) a través de acuerdos formales con Ipas LAC, PSI, Club de Leones San Salvador y otras instituciones (O1, O7).
3. Reducir la sobrecarga de la coordinadora (D5)con la incorporación de estudiantes de la Maestría y becarios UES en labores administrativas y educativas (O8, O9).
4. Desarrollar un plan de formación interna para el personal y pasantes (D4) y usar la colaboración de docentes con maestrías en SSR (O2, O3).

Al realizar el cruce de las fortalezas para contrarrestar amenazas (FA) se identificaron cuatro posibles estrategias:

1. Adaptar las actividades educativas (F11, F7) a formatos cortos y virtuales para disminuir el impacto de la carga académica estudiantil (A1).

2. Diversificar fuentes de financiamiento (F1, F6) mediante alianzas con socios estratégicos, para reducir la dependencia del presupuesto externo (A3, A4).
3. Usar la evidencia de satisfacción y productividad (F9, F10) para defender la continuidad del proyecto frente a cambios en políticas ministeriales (A2).
4. Aprovechar las redes sociales y TIC (F5, F3) para mantener la educación y consejería en línea si hay limitaciones presupuestarias o políticas (A2, A3).

Y finalmente se propusieron tres estrategias después de hacer el cruce de las debilidades para evitar las amenazas (DA)

1. Reducir dependencia de donaciones (D1) que apoye la creación del CRSV como unidad productiva que gestione la creación de un fondo de emergencia y plan de compras mínimas, y evite el desabastecimiento ante recortes o retrasos (A3, A4).
2. Crear un equipo de apoyo voluntario (D4, D5) para evitar que la carga laboral limite las actividades, sobre todo en periodos de alta demanda académica (A1).
3. Digitalizar registros y reportes (D2) para facilitar la gestión administrativa y demostrar resultados ante exigencias presupuestarias (A3, A4).

III.2.2 Establecimiento de estrategias y objetivos

Una vez analizadas las estrategias producto del cruce de las fortalezas, debilidades, oportunidades y las amenazas, se agruparon para definir las perspectivas del plan de acción.

Estas se basan en el Cuadro de Mando Integral (CMI/Balanced Scorecard),⁽¹³⁰⁾ pero adaptadas a Plan de Acción en SSR.

Se establecieron cuatro perspectivas, que se describen a continuación:

1. Gestión de procesos internos: se centra en mejorar la gestión administrativa y operativa de la clínica. Incluye el diseño y aplicación de manuales de

procedimientos, la digitalización de registros, la gestión de datos y la implementación de sistemas de monitoreo y evaluación.

Con ello se busca fortalecer la eficiencia institucional, asegurar la transparencia en los procesos y mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades en atenciones en SSR del estudiantado.

2. Gestión y sostenibilidad: esta perspectiva busca asegurar la viabilidad financiera y operativa de la clínica. Se enfoca en optimizar los recursos disponibles, garantizar el uso eficiente del presupuesto y generar alternativas de financiamiento como donaciones, alianzas estratégicas y el apoyo al Centro Regional de Salud Valencia para el fortalecimiento y transformación en unidad productiva.
3. Desarrollo e innovación: busca potenciar la capacidad de innovación y generación de conocimiento en torno a la salud sexual y reproductiva. Considera la formación de estudiantes y personal, el desarrollo de investigaciones aplicadas, la producción de materiales educativos propios y la difusión académica de resultados. Asimismo, fomenta la actualización continua del equipo de la clínica y la integración de las TIC como herramientas de apoyo.
4. Impacto a la salud: se enfoca en la población beneficiaria directa del proyecto: los y las estudiantes. El propósito es mejorar la cobertura y la calidad de los servicios, promover conductas saludables, prevenir riesgos en SSR e incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios. También busca generar confianza y asegurar que los servicios se brinden bajo un enfoque de derechos humanos, equidad de género.

III.3 Tercera etapa: validación del Plan de Acción

En este apartado se presentan los resultados del análisis Delphi aplicado para validar los ítems del Plan de Acción. Se contó con la participación de 20 personas expertas todas las personas cumplieron los criterios establecidos para participar.

Se sometieron a evaluación los Objetivos estratégicos con las estrategias del Plan de Acción y se evaluaron los criterios de pertinencia, viabilidad y relevancia. El panel de expertos evaluó cada ítem, para ello utilizó una escala ordinal de 1 a 5. Se consideran evidencias de consenso cuando al menos el 80% de las valoraciones son ≥ 4 (bueno o excelente).

El proceso Delphi puede realizarse en varias rondas; sin embargo, en este análisis se consolidó una sola ronda, ya que los niveles de consenso obtenidos fueron elevados desde el inicio.

Para la aplicación del instrumento se realizaron reuniones presenciales con las personas expertas. Por medio de una presentación en Power Point se les presentaron los resultados generales de la etapa diagnóstica, esto sirvió para contextualizar la problemática y las acciones a realizar. Luego se explicó la metodología empleada para la construcción del Plan de Acción a continuación se compartió el link del instrumento a completar.

En el primer apartado del instrumento contiene el objetivo, en el segundo apartado están los datos generales de las personas participantes donde se incluye información sobre la formación académica y la experiencia profesional. Y el tercer apartado tiene las indicaciones sobre el llenado del instrumento el cual está compuesto por 11 preguntas cada una hace referencia a los cuatro objetivos generales y las 11 estrategias. La escala de valoración utilizada fue de tipo Likert con 5 puntos, donde 1 corresponde a “Nada pertinente/viable/relevante” y 5 a “Totalmente pertinente/viable/relevante”. El criterio de corte para la validación de los ítems se estableció en dos condiciones: un consenso mínimo del 80 % (es decir, que al menos el 80 % de los expertos otorgaron calificaciones de 4 o 5) y una media de valoración igual o superior a 4.0.

Se consolidaron las calificaciones de las personas expertas por cada criterio. Para cada ítem se calcularon: la media, la desviación estándar (DE) y el porcentaje de consenso (proporción de respuestas ≥ 4). La decisión de validación se basó en el cumplimiento del umbral de consenso (≥ 80 %) y una media elevada (≥ 4.0).

- Pertinencia: 20 expertos.

- **Viabilidad:** 20 expertos.

- **Relevancia:** 20 expertos.

Tabla 1. Resumen general por criterio

Criterio	Ítems	Ítems Validados	Ítems a Revisar	Promedio % Consenso (≥4)	Media global	DE media
Pertinencia	11	11	0	98.64	4.89	0.33
Viabilidad	11	11	0	92.27	4.65	0.64
Relevancia	11	11	0	100.0	4.9	0.26

Se puede concluir que el análisis Delphi evidenció un alto nivel de acuerdo entre los expertos en Pertinencia, Viabilidad y Relevancia. Los porcentajes de consenso y las medias obtenidas respaldan la validación de los ítems evaluados.

III.4 Plan Operativo Anual

Una vez validado el Plan de Acción se pasó a la construcción del Plan Operativo Anual (POA) este es un documento que traduce los objetivos estratégicos en metas, estrategias y acciones concretas para un año y que servirá como herramienta de gestión y seguimiento para evaluar avances del plan estratégico.

El Plan Operativo Anual (POA) 2026 surge como una necesidad para operativizar el Plan de Acción para la mejora de la SSR en estudiantes de las Ciencias Unidad de Ciencias Básicas de la Escuela de Ciencias de la Salud, garantizando que los objetivos planteados se traduzcan en acciones concretas, medibles y alcanzables durante el periodo anual.

Asimismo, el contexto identificado mediante el análisis FODA evidenció la importancia de aprovechar las fortalezas y oportunidades institucionales, tales como el compromiso del personal, la experiencia acumulada, la disponibilidad de insumos y la existencia de aliados estratégicos, para superar las debilidades y mitigar las amenazas externas.

En este sentido, el POA se justifica porque ordena y organiza la gestión anual de la clínica, asegura la ejecución coherente de actividades alineadas con los objetivos estratégicos. Además, optimiza el uso de los recursos humanos, financieros y materiales, garantizando la sostenibilidad y el fortalecimiento de la clínica como unidad de atención en SSR. También facilita el monitoreo y la evaluación, al establecer indicadores claros que permiten medir avances y resultados, y se promueve la transparencia y la rendición de cuentas. Pero sobre todo contribuye a la SSR del estudiantado por medio de acciones de promoción de la salud y asistenciales, y bienestar de los estudiantes, al ofrecer servicios de salud y procesos educativos que fomentan conductas responsables y reducen riesgos en materia de SSR.

Este POA se convierte en una herramienta esencial para la gestión, sostenibilidad y expansión de los servicios de la clínica, que asegura que la atención en SSR para la comunidad estudiantil de la Facultad de Medicina se brinde con calidad, pertinencia y oportunidad durante el año 2026.

A. Objetivos Estratégicos por perspectiva:

Perspectiva 1. Gestión de procesos internos.

OEGPI1. Mejorar los procesos de gestión interna de la clínica para aumentar la cobertura.

Perspectiva 2. Gestión y sostenibilidad.

OEGS1. Fortalecer la coordinación con unidades internas de la UES y con socios externos para ampliar el alcance de las intervenciones.

OEGS2. Asegurar la sostenibilidad financiera y operativa de la clínica mediante la optimización de recursos y la generación de ingresos propios.

Perspectiva 3. Desarrollo e innovación

OEDI1. Fomentar la generación de evidencia científica sobre SSR para fortalecer la toma de decisiones y la mejora de los servicios de la clínica

OEDI2. Fortalecer las capacidades técnicas y educativas del personal y voluntarios de la clínica

Perspectiva 4. Impacto a la salud

OEIS1. Incrementar el acceso y la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva para estudiantes de la Facultad de Medicina

OEIS2. Fomentar conductas saludables y prevenir riesgos en salud sexual y reproductiva en la comunidad estudiantil.

B. Acciones estratégicas según objetivos estratégicos

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	ESTRATEGIAS	ACCIONES ESTRATÉGICAS
OEGPI1. Mejorar los procesos de gestión interna de la clínica para aumentar la cobertura	Elaborar y aprobar manuales de procedimientos y administrativos con apoyo de docentes expertos y autoridades de la FM	1. Elaborar y validar manuales de procedimientos con docentes expertos y autoridades de la FM
	Digitalizar registros y reportes para facilitar la gestión administrativa y demostrar resultados ante exigencias presupuestarias.	1. Implementar sistema de registro digital para consultas y actividades 2. Capacitar al personal y voluntarios en el uso de la herramienta 3. Generar informes trimestrales de resultados intermedios
	Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para la mejora continua de los procesos internos.	1. Desarrollar y aplicar herramientas de seguimiento 2. Capacitar al personal y voluntarios 3. Generar informes de resultados
OEGS1. Fortalecer la coordinación con unidades internas de la UES y con socios externos para ampliar el alcance de las intervenciones	Gestionar la programación de donaciones periódicas de insumos a través de acuerdos formales con Ipas, PSI y otras instituciones	1. Establecer un calendario de entregas y seguimiento con los donantes para garantizar la periodicidad de los insumos. 2. Implementar un sistema de registro y control de inventario para asegurar el uso eficiente de los insumos recibidos.
	Buscar alianzas estratégicas duraderas con instancias internas para la sostenibilidad de las acciones	1. Mapear las instancias internas clave dentro de la UES (Rectoría, Bienestar Universitario, Unidad de Género, Decanaturas, Proyección Social, etc.) que puedan aportar recursos, personal o espacios. 2. Proponer proyectos conjuntos que integren a las instancias internas en actividades de SSR. 3. Crear un equipo de apoyo voluntario para evitar que la carga laboral limite las actividades, sobre todo en periodos de alta demanda académica.
OEGS2. Asegurar la sostenibilidad financiera y operativa de la clínica mediante la optimización de recursos y la generación de ingresos propios.	Buscar la sostenibilidad financiera y operativa de la clínica	1. Apoyar el fortalecimiento del CRSV como unidad productiva para garantizar la administración de los recursos.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	ESTRATEGIAS	ACCIONES ESTRATÉGICAS
OEDI1. Fomentar la generación de evidencia científica sobre salud sexual y reproductiva para fortalecer la toma de decisiones y la mejora de los servicios de la clínica	Diseñar y ejecutar proyectos de investigación en SSR que respondan a las necesidades y problemáticas del estudiantado.	1. Identificar líneas de investigación prioritarias 2. Promover el desarrollo de proyectos de investigación como trabajos de asignaturas o tesis de grado 3. Generar publicaciones y participar en eventos científicos
	Evaluar las estrategias a implementar	1. Coordinar investigaciones sobre productividad y satisfacción usuaria utilizando registros e informes de la clínica para respaldar la gestión y mejorar servicios
OEDI2. Fortalecer las capacidades técnicas y educativas del personal y voluntarios de la clínica	Desarrollar capacitaciones de educación continua al personal de la clínica y crear cursos de capacitación al personal voluntario	1. Diagnosticar las necesidades de capacitación 2. Diseñar e implementar un plan de capacitación
OEIS1. Incrementar el acceso y la cobertura de servicios de SSR para estudiantes de la Facultad de Medicina	Fortalecer la oferta y disponibilidad de servicios de SSR mediante la optimización de recursos, alianzas estratégicas y modalidades de atención adaptadas a las necesidades estudiantiles	1. Impulsar la creación y actualización de materiales educativos y campañas innovadoras en SSR 2. Adaptar las actividades educativas a formatos cortos y virtuales para disminuir el impacto de la carga académica estudiantil 3. Aprovechar las redes sociales y TIC para mantener la educación y consejería en línea
OEIS2. Fomentar conductas saludables y prevenir riesgos en salud sexual y reproductiva en la comunidad estudiantil	Desarrollar campañas educativas en SSR y aprovechar la experiencia y materiales propios	1. Usar redes sociales y materiales educativos propios para difundir campañas sobre SSR dirigidas a estudiantes y aumentar su alcance y participación. 2. Aprovechar infraestructura y ubicación estratégica de la clínica para ofrecer talleres y charlas presenciales coordinadas con la Maestría en SSR 3. Integrar estudiantes becarios y en servicio social de la Maestría de Educación en SSR a las actividades de educación, apoyándose en el inventario y recursos disponibles 4. Establecer alianzas con docentes formados en las temáticas y otras carreras que trabajan proyectos en SSR para difundir los mensajes creados en las redes sociales

C. Indicadores por objetivos estratégicos

OEGPI1. Mejorar los procesos de gestión interna de la clínica para aumentar la cobertura

Acción estratégica	Nombre del indicador	Fórmula	Explicación o definición	Tipo	Fuente de datos
Redactar y validar manuales de procedimientos con docentes expertos y autoridades de la FM	Porcentaje de manuales de procedimientos aprobados.	$(\text{Número de manuales de procedimientos aprobados} / \text{Número total de manuales de procedimientos propuestos}) * 100$	Mide el avance en la formalización de los procesos internos, garantiza que se cuenta con directrices claras y validadas por expertos.	Eficacia.	Documentos de aprobación de manuales, actas de reuniones con docentes y autoridades, registros internos de la clínica.
Implementar sistema de registro digital para consultas y actividades	Porcentaje de registros digitalizados.	$(\text{Número de registros ingresados en el sistema digital} / \text{Número total de registros de la clínica}) * 100$	Mide la adopción del sistema digital en la clínica, lo que refleja la transición de un sistema manual a uno electrónico.	Eficiencia.	Base de datos del sistema de registro digital, informes de registros manuales existentes.
Capacitar al personal y voluntarios en el uso de la herramienta	Porcentaje de personal y voluntarios capacitados.	$(\text{Número de personas capacitadas} / \text{Número total de personal y voluntarios}) * 100$	Mide el alcance de las capacitaciones, asegurando que el equipo de trabajo está preparado para usar la nueva herramienta.	Eficacia.	Listas de asistencia a las capacitaciones, registros de evaluaciones post-capacitación.
Generar informes trimestrales	Porcentaje de informes trimestrales presentados a tiempo.	$(\text{Número de informes trimestrales presentados a tiempo} / 4) * 100$	Mide la puntualidad en la entrega de informes, lo que es clave para la rendición de cuentas y la toma de decisiones oportuna.	Eficiencia.	Copias de los informes trimestrales con su respectiva fecha de presentación.
Desarrollar y aplicar herramientas de seguimiento	Número de herramientas de seguimiento desarrolladas y aplicadas.	(Herramientas de seguimiento diseñadas y en uso / Herramientas planificadas)	Mide el progreso en la creación e implementación de mecanismos para monitorear el desempeño de la clínica y sus actividades.	Cumplimiento.	Documentos de diseño de las herramientas, registros de su aplicación.

Capacitar al personal y voluntarios	Porcentaje de personal capacitado en el uso de herramientas de seguimiento.	(Número de personal capacitado / Número total de personal y voluntarios) * 100	Mide el nivel de preparación del equipo para utilizar las herramientas de seguimiento, lo que impacta en la calidad de los datos recopilados.	Eficacia.	Listas de asistencia a capacitaciones, resultados de pruebas de conocimiento.
Generar informes de resultados	Frecuencia de generación de informes de resultados.	Número de informes de resultados generados por período (ej. semestral, anual).	Mide la periodicidad con la que se evalúa el impacto de las acciones, lo que permite realizar ajustes y mejoras continuas.	Eficiencia.	Archivo de informes de resultados, registros de reuniones de seguimiento.

OEGS1. Fortalecer la coordinación con unidades internas de la UES y con socios externos para ampliar el alcance de las intervenciones

Acción estratégica	Nombre del Indicador	Fórmula	Explicación o Definición	Tipo	Fuente de Datos
Establecer un calendario de entregas y seguimiento con los donantes para garantizar la periodicidad de los insumos.	Nivel de cumplimiento del calendario de donaciones	(Número de donaciones recibidas según lo programado / Número total de donaciones programadas) * 100	Mide la efectividad de la coordinación con los donantes para asegurar un flujo constante de insumos, reduciendo el riesgo de desabastecimiento.	Eficiencia	Calendario de donaciones, registros de entrada de insumos, comunicaciones con los donantes.
Implementar un sistema de registro y control de inventario para asegurar el uso eficiente de los insumos recibidos	Porcentaje de insumos registrados en el sistema de inventario	(Número de insumos registrados en el sistema / Número total de insumos recibidos) * 100	Mide la implementación exitosa del sistema de control de inventario, lo que permite un seguimiento preciso del uso de los recursos.	Eficiencia	Base de datos del sistema de inventario, registros de donaciones.
Mapear las instancias internas clave dentro de la UES (Rectoría, Bienestar Universitario, Unidad de Género, Decanaturas,	Número de instancias internas mapeadas	Número de unidades internas identificadas con potencial de colaboración.	Mide el progreso en la identificación de socios estratégicos dentro de la universidad para fortalecer la red de apoyo.	Cumplimiento	Documento o base de datos con el mapeo de instancias, sus contactos y

Proyección Social, etc.) que puedan aportar recursos, personal o espacios.					potencial de colaboración.
Proponer proyectos conjuntos que integren a las instancias internas en actividades de SSR.	Número de proyectos conjuntos propuestos y aprobados	Número de proyectos presentados y aprobados con otras instancias de la UES.	Mide la capacidad de generar iniciativas de colaboración que fortalezcan la integración y el alcance de las actividades.	Eficacia	Documentos de propuestas de proyectos, actas de aprobación o convenios firmados.
Crear un equipo de apoyo voluntario para evitar que la carga laboral limite las actividades, sobre todo en periodos de alta demanda académica.	Número de voluntarios incorporados al equipo de apoyo	Número de voluntarios reclutados y activos en el equipo.	Mide el éxito en la formación del equipo de apoyo, lo que directamente alivia la carga laboral del personal fijo.	Eficiencia	Listas de voluntarios activos, registros de participación en actividades.

OEGS2. Asegurar la sostenibilidad financiera y operativa de la clínica mediante la optimización de recursos y la generación de ingresos propios

Acción estratégica	Nombre del Indicador	Fórmula	Explicación o Definición	Tipo	Fuente de Datos
Apoyar la creación del CRSV como unidad productiva para garantizar la administración de los recursos	Nivel de avance en la creación del CRSV como unidad productiva	Porcentaje de hitos cumplidos en el proceso de creación.	Mide el progreso en los trámites administrativos y organizacionales para formalizar la clínica como una unidad productiva.	Cumplimiento	Informes de gestión, actas de reuniones con autoridades, documentos de aprobación.

OEDI1. Fomentar la generación de evidencia científica sobre SSR para fortalecer la toma de decisiones y la mejora de los servicios de la clínica

Acción estratégica	Nombre del Indicador	Fórmula	Explicación o Definición	Tipo	Fuente de Datos
Identificar líneas de investigación prioritarias	Número de líneas de investigación prioritarias definidas y validadas	Número de áreas temáticas identificadas para la investigación en SSR.	Mide la finalización de la fase de diagnóstico que sirve como base para futuros proyectos de investigación.	Cumplimiento	Documento de diagnóstico de necesidades, actas de reuniones de priorización.
Promover el desarrollo de proyectos de investigación como trabajos de asignaturas o tesis de grado	Número de proyectos de investigación de estudiantes promovidos	Número de trabajos de grado o proyectos de asignatura enfocados en SSR.	Mide la integración de la investigación en el currículo académico, fomentando la producción científica y la colaboración.	Eficacia	Listados de proyectos de grado o asignaturas, actas de tutorías.
Generar publicaciones y participar en eventos científicos	Número de publicaciones y participaciones en eventos científicos	(Número de artículos publicados) + (Número de participaciones en congresos o seminarios).	Mide la visibilidad de la investigación realizada en la clínica y el aporte a la comunidad científica.	Eficacia	Copias de artículos publicados, certificados de participación en eventos, registros de ponencias.
Coordinar investigaciones sobre productividad y satisfacción usuaria utilizando registros e informes de la clínica para respaldar la gestión y mejorar servicios	Frecuencia de estudios de satisfacción y productividad realizados	Número de estudios de productividad y satisfacción realizados por período (ej. anual).	Mide la regularidad con la que se evalúa el desempeño de la clínica y la percepción de los usuarios para la mejora continua.	Eficiencia	Informes de investigación, encuestas de satisfacción, registros de productividad de la clínica.

OEDI2. Fortalecer las capacidades técnicas y educativas del personal y voluntarios de la clínica

Acción estratégica	Nombre del Indicador	Fórmula	Explicación o Definición	Tipo	Fuente de Datos
Diagnosticar las necesidades de capacitación	Porcentaje de personal y voluntarios con diagnóstico de necesidades de capacitación	$(\text{Número de personas evaluadas} / \text{Número total de personal y voluntarios}) * 100$	Mide la cobertura del diagnóstico que permite diseñar un plan de capacitación pertinente y efectivo.	Cumplimiento	Encuestas de diagnóstico, registros de entrevistas, informes de la evaluación de necesidades.
Diseñar e implementar un plan de capacitación	Porcentaje de capacitaciones del plan implementadas	$(\text{Número de capacitaciones impartidas} / \text{Número total de capacitaciones planificadas}) * 100$	Mide la ejecución del plan de capacitación, lo que indica el avance en el fortalecimiento de las capacidades del equipo.	Eficiencia	Cronograma de capacitación, listas de asistencia a los cursos, registros de las sesiones.

OEIS1. Incrementar el acceso y la cobertura de servicios de SSR para estudiantes de la Facultad de Medicina

Acción estratégica	Nombre del Indicador	Fórmula	Explicación o Definición	Tipo	Fuente de Datos
Impulsar la creación y actualización de materiales educativos y campañas innovadoras en SSR	Número de materiales educativos y campañas creados/actualizados	$\text{Cantidad de nuevos materiales} + (\text{Cantidad de materiales actualizados})$	Mide la capacidad de la clínica para generar contenido educativo relevante y atractivo para la población estudiantil.	Cumplimiento	Inventario de materiales, copias de campañas, registros de aprobación.
Adaptar las actividades educativas a formatos cortos y virtuales para disminuir el impacto de la carga académica estudiantil	Porcentaje de actividades educativas adaptadas a formatos virtuales o cortos	$(\text{Número de actividades adaptadas} / \text{Número total de actividades educativas}) * 100$	Mide la flexibilidad de la clínica para ajustar su oferta educativa a las necesidades y horarios de los estudiantes, aumentando la accesibilidad.	Eficacia	Calendarios de actividades, registro de formatos utilizados, reportes de asistencia.
Aprovechar las redes sociales y TIC para mantener la educación y consejería en línea	Número de interacciones y alcance en redes sociales	$(\text{Número de "me gusta"} + \text{comentarios} + \text{veces compartidas}) + (\text{Número de impresiones o alcance de las publicaciones})$	Mide el engagement y la difusión del contenido en línea, reflejando el impacto de la estrategia digital.	Eficacia	-Estadísticas de redes sociales (Facebook Instagram, Tiktok), -Registros de consejerías en línea.

OEIS2. Fomentar conductas saludables y prevenir riesgos en salud sexual y reproductiva en la comunidad estudiantil

Acción estratégica	Nombre del Indicador	Fórmula	Explicación o Definición	Tipo	Fuente de Datos
Usar redes sociales y materiales educativos propios para difundir campañas sobre SSR dirigidas a estudiantes, aumentando su alcance y participación.	Número de campañas de difusión realizadas y alcance	(Número de campañas ejecutadas) * (Alcance promedio por campaña).	Mide la frecuencia y el impacto de las campañas, demostrando la capacidad de la clínica para llegar a un público más amplio.	Eficacia	Calendario de campañas, informes de difusión, estadísticas de redes sociales.
Aprovechar infraestructura y ubicación estratégica de la clínica para ofrecer talleres y charlas presenciales coordinadas con la Maestría en SSR	Número de talleres y charlas presenciales ofrecidos	Número de eventos presenciales realizados en la clínica.	Mide la frecuencia de las actividades presenciales, aprovechando los recursos físicos de la clínica para la educación en SSR.	Cumplimiento	Cronogramas de eventos, listas de asistencia.
Integrar estudiantes becarios y en servicio social de la Maestría de Educación en SSR a las actividades de educación, apoyándose en el inventario y recursos disponibles	Número de estudiantes becarios y en servicio social integrados	Número de estudiantes de maestría que colaboran activamente en las actividades educativas.	Mide la capacidad de la clínica para atraer e integrar talento de la Maestría, lo que enriquece y fortalece la oferta de servicios.	Eficiencia	Listado de estudiantes en servicio social o becarios, registros de participación en actividades.
Establecer alianzas con docentes formados en las temáticas y otras carreras que trabajan proyectos en SSR para difundir los mensajes creados en las redes sociales	Número de alianzas con docentes y otras carreras establecidas	Número de convenios o acuerdos de colaboración con docentes de la UES.	Mide el éxito en la creación de una red de apoyo interna que amplifica la difusión de los mensajes de la clínica.	Eficacia	Acuerdos de colaboración, actas de reuniones, listado de docentes colaboradores

D. Cronograma de Ejecución

El cronograma inicia el 16 de enero de 2026 y finaliza en diciembre del mismo año. Se organiza en fases mensuales para asegurar una adecuada secuencialidad de las actividades. El detalle de actividades y tiempos ha sido presentado en el cronograma operativo y en el diagrama de Gantt.

N.º	Actividad / Acción	Responsable	Inicio	Fin	Producto esperado
1	Elaborar y aprobar manuales de procedimientos y administrativos	Coordinadora + docentes expertos	Enero 2026	Mayo 2026	Manuales aprobados
2	Digitalizar registros y reportes	Coordinadora + personal en servicio social	Enero 2026	Diciembre 2026	Base de datos digital Reportes trimestrales
3	Establecer un calendario de entregas y seguimiento con los donantes para garantizar la periodicidad de los insumos.	Coordinadora + equipo clínico y socios estratégicos	Enero 2026	Febrero 2026	Calendario de donaciones
4	Participar en las reuniones para convertir al CRSV en unidad productiva	Personal del CRSV	Enero 2026	Diciembre 2026	Propuesta técnica
5	Mapear las instancias internas clave dentro de la UES	Coordinadora de la clínica	Enero 2026	Mayo 2026	Listado de instancias claves para la cooperación interna
6	Capacitación a personal voluntario	Coordinadora + equipo clínico	Según convocatoria		Personal capacitado
7	Gestionar donaciones con Ipas, PSI, Club de Leones San Salvador y otros.	Coordinadora de la clínica	Enero 2026	Diciembre 2026	Acuerdos de donación
8	Diseñar campañas educativas integrales con apoyo de estudiantes en servicio social y profesores aliados	Clínica + líderes estudiantiles	Cuatro campañas en el año		Campañas ejecutadas
9	Aumentar la cobertura de	Personal de la clínica	Enero 2026	Diciembre 2026	Incremento de las atenciones

N.º	Actividad / Acción	Responsable	Inicio	Fin	Producto esperado
	atenciones en SSR a estudiantes				
10	Formular proyectos de investigación en SSR	Clínica + docentes	Enero 2026	Diciembre 2026	Proyectos formulados
11	Ejecución de investigaciones en SSR	Clínica + estudiantes	Enero 2026	Diciembre 2026	Informes de investigación
12	Presentación de resultados en foros académicos	Clínica + docentes		Diciembre 2026	Ponencias y publicaciones

IV. CONCLUSIONES

IV. CONCLUSIONES

El diagnóstico sobre conocimientos, actitudes y prácticas evidenció que el nivel de conocimiento es de bueno hasta excelente, además tienen actitudes muy favorables en los aspectos indagados, pero todo lo anterior difiere con las prácticas al presentar riesgos como el inicio temprano de las relaciones sexo genitales, uso inconsistente del condón externo, múltiples parejas sexo genitales y falta de consultas preventivas para el diagnóstico temprano de las ITS.

Se elaboró un Plan de Acción basado en la Planeación Estratégica elaborado por medio de la consulta a personas expertas, este cuenta con cuatro objetivos estratégicos y once estrategias con las que se busca contribuir al bienestar de los estudiantes de la escuela de Ciencias de la Salud, mediante acciones de promoción y mejora de la salud sexual y reproductiva.

El Plan de Acción diseñado y validado puede aportar importantes soluciones para reducir riesgos en la SSR de los estudiantes, además los procedimientos aplicados pueden ser utilizados en cualquier otra facultad de la Universidad o territorio.

V. RECOMENDACIONES

V. RECOMENDACIONES

1. Presentar por parte de la investigadora los resultados de la investigación a la dirección de la Carrera Salud Materno Infantil, el Centro Regional de Salud Valencia y las autoridades de la Facultad de medicina para proponer la implementación del Plan de Acción diseñado y validado.

3. Proponer a la Dirección de la Universidad la realización de estudios similares en otras facultades.

4. Divulgar mediante eventos y publicaciones los resultados de esta investigación.

5. Al estudiantado participar activamente, con actitud positiva en las actividades contempladas dentro del plan de acción.

6. A docentes de la Facultad de Medicina expertos en Salud Sexual y Reproductiva que sirvan como aliados estratégicos para promover las actividades que contempla el Plan de Acción con el estudiantado.

REFERENCIAS

1. Bayés Cáceres E, Pardo Fernández A, Cáceres Diéguez A, Rodríguez Sotomayor Y. Los cambios de paradigmas de la salud pública y las tecnologías de la información y el conocimiento. Retos(Ecuador). el 1 de abril de 2019;9(17):7–23.
2. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [Internet]. el 31 de julio de 2019 [citado el 23 de octubre de 2024];5:8190. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
3. OMS. Derechos humanos [Internet]. 2023 [citado el 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
4. Artaza O, Méndez C. Sistemas y servicios de salud : centrados en las personas y sus comunidades. 2022 [citado el 1 de noviembre de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.udla.cl/xmlui/handle/udla/936>
5. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva un enfoque operativo [Internet]. 2018 [citado el 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
6. Frinco VL. Sexualidad, género y educación sexual. 2018 [citado el 15 de agosto de 2025];97–07. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7862367.pdf>
7. ONU. Derechos de salud sexual y reproductiva | OHCHR [Internet]. s/f [citado el 15 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/sexual-and-reproductive-health-rights>
8. ONU. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. 1994 [citado el 3 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/population/cairo1994>
9. Diniz Alves JE. Los 25 años de la CIPD. Revista Asociación Brasileña de Estudios de Población. el 4 de noviembre de 2019;36:1–13.
10. Rojas Betancur M, Méndez Villamizar R, Montero Torres L. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. 2016;21(1):2462–8425.
11. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2025 [citado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2023 [citado el 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
13. Nsashiyi RS, Rahman MM, Ndam LM, Hashizume M. Contraceptive use, unmet need, and demand satisfied for family planning across Cameroon: a subnational study including indirect effects of COVID-19 and armed conflict on projections. BMC Global and Public Health 2024 2:1 [Internet]. el 3 de

julio de 2024 [citado el 9 de mayo de 2025];2(1):1–16. Disponible en: <https://bmcplobalpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s44263-024-00071-4>

14. UNFPA LAC. Nuevos datos del UNFPA [Internet]. 2021 [citado el 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/nuevos-datos-del-unfpa-revelan-que-casi-12-millones-de-mujeres-perdieron-el-acceso-m%C3%A9todos>
15. OMS. Métodos de planificación familiar/anticoncepción [Internet]. 2025 [citado el 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
16. Sedgh G, Ashford LS, Hussain R. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women’s Reasons for Not Using a Method [Internet]. 2016 [citado el 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
17. OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. 2024 [citado el 22 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
18. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Cáncer cervicouterino [Internet]. 2025 [citado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-cervicouterino>
19. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. 2024 [citado el 1 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas El Salvador. Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2023. julio de 2023 [citado el 22 de octubre de 2024]; Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mapa_embarazos_2023_web.pdf
21. Instituto Nacional de Salud de El Salvador. Encuesta Nacional de Salud. 2022 [citado el 10 de febrero de 2025]; Disponible en: <https://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
22. ORMUSA. Observatorio de seguridad ciudadana de las mujeres [Internet]. 2024 [citado el 22 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://observatorioseguridadciudadanadelasmujeres.org/>
23. Hernández de la Rosa E, Moreno Hernández HC, Hernández de la Rosa E, Moreno Hernández HC. Juventud universitaria: preludio para comprender su especificidad. Conrado [Internet]. 2019 [citado el 18 de mayo de 2025];15(69):104–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000400104&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Contreras-García Y, Roa-Garcés J, Alvarado-Figueroa D, Manríquez-Vidal C, Carrasco-Portiño M. Sex-disaggregated sexual behaviors among Chilean university students taking a rapid HIV test. Rev Chil Obstet Ginecol. el 1 de mayo de 2022;87(3):194–202.

25. Adaos-Soto F, Baier-Morales A, Mejías-Romero C, Rubilar-Cabezas K, Henríquez-Figueroa S. Protective Sexual Behaviors in First-Year University Students at a University in Chillán, Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez*. el 31 de agosto de 2024;84(03):268–78.
26. Badillo-Viloria M, Sánchez XM, Vásquez MB, Díaz-Pérez A. Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global* [Internet]. el 18 de junio de 2020 [citado el 7 de diciembre de 2024];19(3):422–49. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/412161>
27. Adaos-Soto F, Baier-Morales A, Mejías-Romero C, Rubilar-Cabezas K, Henríquez-Figueroa S. Conductas sexuales protectoras en estudiantes universitarios de primer año de una universidad de Chillán, Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. el 31 de agosto de 2024 [citado el 7 de diciembre de 2024];84(03):268–78. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/09/8-AO-84-3-Conductas-sexuales-protectoras-en-estudiantes-universitarios-de-primer-a%C2%B1o-de-una-universidad-de-ChillA%C2%A1n-Chile-1.pdf>
28. Guaña-Bravo Elena Silvana A, institucional A. Conductas sexuales de riesgo en estudiantes de enfermería. *Cien Ec*. 2022;4(4).
29. Sandoval Rosa, Valladares Alis. Actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en estudiantes de primer año de bachillerato del instituto de Armenia, de marzo a julio 2018” . [San Salvador]; 2018.
30. Avalos A, Melara B. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en tiempos de Covid-19. Estudio realizado con estudiantes de unidad de ciencias básicas de la Escuela de Ciencias de la Salud, facultad de Medicina, Universidad de El Salvador. Septiembre - octubre, 2021” . 2011.
31. UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. 2018 [citado el 22 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/265335spa.pdf>
32. Intra MV, Roales-Nieto JG, Moreno San Pedro E. Cambio en las conductas de riesgo y salud en estudiantes universitarios argentinos a lo largo del periodo educativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2011;11(1):139–47. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56017110005>
33. Morales Rodríguez M, Benítez Hernández M, Santos DA. Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2013;15. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/vol15no3/contenido-moralesetal.html>
34. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdono Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual. *Rev Cub Salud Pública*. 2013;
35. Banco Centrar del Reserva. Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM) 2021. 2021 [citado el 22 de octubre de 2024]; Disponible en: https://www.bcr.gob.sv/documental/Inicio/vista/PUBLICACION_EHPM_2021.pdf

36. Herrero Jaén S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene [Internet]. 2016 [citado el 9 de mayo de 2025];10(2):0–0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. García González R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2011 [citado el 18 de mayo de 2025];37:675–85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. UNFPA. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2022 [citado el 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
39. ONU. Naciones Unidas Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1995;
40. ONU. La salud sexual y su relación con la SSR. 2018 [citado el 24 de octubre de 2024]; Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
41. González Portales A, Aida Rodríguez Cabrera I, Maybelis Jiménez Ricardo II. Caracterización de mujeres con riesgo preconcepcional en un consultorio médico. 2016 [citado el 26 de abril de 2025]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200005
42. Organización de Naciones Unidas(ONU). Informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia materno infantil son más elevadas que nunca [Internet]. 2019 [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
43. ONUSIDA. Hoja informativa 2024 — Estadísticas mundiales sobre el VIH. 2024;
44. OMS. Planificación familiar/métodos anticonceptivos [Internet]. 2023 [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
45. UNFPA. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2022 [citado el 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>
46. Espinel-Rubio GA, Feo-Ardila D. Territorio e identidad de resistencia en jóvenes del Catatumbo (Colombia), constructores de paces imperfectas. Investigación & Desarrollo. el 14 de febrero de 2022;30(01):40–68.
47. Figueroa Lianet A, Figueroa Pérez L, Rodríguez González AE, García Breto L. Prevención de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio Consolación del Sur [Internet]. 2020 [citado el 7 de diciembre de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000400011

48. Sarteros Hernández C, Pérez Piñero JP, Sanabria Ramos G, Díaz Bernal Z. Efectividad de una estrategia de educación sexual para universitarios ecuatorianos. *Rev Cub Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado el 25 de agosto de 2024];42(4):1–15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21447534009>
49. Tapia-Martínez H, Hernández-Falcón J, Pérez-Cabrera I, Jiménez-Mendoza A, Tapia-Martínez H, Hernández-Falcón J, et al. Conductas sexuales de riesgo para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. *Enfermería universitaria* [Internet]. el 30 de noviembre de 2020 [citado el 8 de marzo de 2025];17(3):294–304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000300294&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file>
51. Alfonso Figueroa L, Figueroa Pérez L, García Breto L, Soto Carballo D. Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. junio de 2019 [citado el 13 de marzo de 2025]; Disponible en: <http://orcid.org/0000-0003-1177-5285>
52. Leal F. I, Molina G. T, Luttes D C, González A. E, González A. D, Leal F. I, et al. Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. el 1 de mayo de 2018 [citado el 13 de marzo de 2025];83(2):149–60. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200149&lng=es&nrm=iso&tlng=es
53. Spindola T, de Araújo AS de B, Brochado E de J, Marinho DFS, Martins ERC, Pereira T da S. Prácticas sexuales y comportamiento de jóvenes universitarios frente a la prevención de infecciones de transmisión sexual. *Enfermería Global*. el 1 de abril de 2020;19(2):131–40.
54. Hurtado de Mendoza Zabalgaitia MT, Veytia López M, Guadarrama Guadarrama R, González-Forteza C, Hurtado de Mendoza Zabalgaitia MT, Veytia López M, et al. Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nova scientia* [Internet]. el 19 de octubre de 2017 [citado el 8 de marzo de 2025];9(19):615–34. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052017000200615&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. OMS. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. 2024 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
56. OMS. VIH y sida [Internet]. 2023 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

57. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. *Gates Open Res.* el 9 de junio de 2021;5:91.
58. Bolaños Gutiérrez MR, Bolaños Gutiérrez MR. Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. *Horizonte sanitario [Internet]*. el 22 de agosto de 2019 [citado el 8 de marzo de 2025];18(1):67–74. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000100067&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. OMS. Preservativos [Internet]. 2025 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/condoms>
60. UNFPA. Embarazo en Adolescentes [Internet]. 2025 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/topics/embarazo-en-adolescentes>
61. Pulido Rull MA, Carazo Cardona V, Orta González Sicilia G, Coronel Villalobos M, Vera García F. Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet]*. 2011;13(1):11–27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80218382002>
62. Planned Parenthood. El acceso al aborto en América Latina [Internet]. 2023 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/blog/el-acceso-al-aborto-en-america-latina>
63. Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero P, Fuente-Martín A de la, Gómez-Martínez R, et al. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México [Internet]*. el 1 de marzo de 2018 [citado el 8 de marzo de 2025];34(2):264–77. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
64. OMS. Alcohol [Internet]. 2024 [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
65. Oliveros LM, Mejía A, Vásquez EM. Información recibida sobre salud sexual y reproductiva asociada a conductas sexuales en universitarias. *Medellín, Colombia 2021. Salud UIS.* el 29 de agosto de 2022;55(1).
66. Bellis MA, Hughes K. Vista de Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo [Internet]. 2004 [citado el 14 de marzo de 2025]. p. 251–60. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/390/390>
67. Céspedes C, Robles C. Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad. el 6 de enero de 2016 [citado el 17 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40180-ninas-adolescentes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>
68. Chandra-Mouli V, Lane C, Wong S. What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices. *Glob Health Sci Pract [Internet]*. el 1

de septiembre de 2015 [citado el 17 de agosto de 2025];3(3):333. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4570008/>

69. Karina López-Villacís NI, Elizabeth Aveiga-Flores MI, del Carmen Castro-Acosta III N. Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. 2020;6:35–49. Disponible en: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/indexCienciassocialesArticulodeinvestigación>
70. Chacón B. El largo camino del joven hacia la universidad. REencuentro Análisis de Problemas Universitarios [Internet]. el 15 de septiembre de 2020 [citado el 17 de agosto de 2025];30:15–34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/340/34065218002/html/>
71. Arroyo-Acevedo H, Landazabal GD, Pino CG. Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). Glob Health Promot. el 1 de enero de 2015;22(4):64–8.
72. Banco Central de Reserva. VII Censo de población y VI de vivienda [Internet]. 2024 [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://censo2024.bcr.gob.sv/wp-content/uploads/tablas-geoportal/informe-resultados-censo-poblacion-vivienda-el-salvador-2024.pdf?download=1>
73. UNFPA. Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes. Mapa El Salvador 2023 [Internet]. 2023 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mapa_embarazos_2023_web.pdf
74. ORMUSA. El uso de los métodos anticonceptivos disminuye desde 2018 en El Salvador [Internet]. 2021 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://observadsdr.org/el-uso-de-los-metodos-anticonceptivos-disminuye-desde-2018-en-el-salvador/>
75. UNFPA. Encuesta nacional de violencia sexual contra las mujeres 2019 [Internet]. 2022 mar [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cuadernos poblacion_1_unfpa-sv.pdf
76. UNESCO. ¿Por qué es importante la educación integral en sexualidad? [Internet]. 2018 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/por-que-es-importante-la-educacion-integral-en-sexualidad>
77. MINED El Salvador. Fundamentos de la Educación Integral en la Sexualidad en el currículo de El Salvador. 1ra ed. 2014.
78. La Prensa Gráfica. Ministerio de Educación retira libros sobre violencia de género y educación sexual integral - La Prensa Gráfica [Internet]. 2022 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/MINED-retira-libros-sobre-violencia-de-genero-y-educacion-sexual-integral-20221030-0069.html>
79. ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 2016 [citado el 15 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments->

mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

80. Universidad de El Salvador. Nosotros – Universidad de El Salvador [Internet]. 2024 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ues.edu.sv/universidad/nosotros/>
81. OPS/OMS. Promoción de la salud [Internet].s/f [citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
82. Arroyo H V. Perspectives and challenges of health promotion in Latin America. Salud Publica Mex [Internet]. el 23 de noviembre de 2022 [citado el 20 de julio de 2025];64(6, nov-dic):576–86. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13655>
83. Martínez Sánchez LM, Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Archivos de Medicina (Manizales). el 16 de junio de 2020;20(2):490–504.
84. Ocampo Rivera DC, Arango Rojas ME. Vista de La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible” [Internet]. 2016 [citado el 9 de diciembre de 2024]. p. 24–33. Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2720/pdf>
85. Gobierno de México. Programa de Acción Específico en Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 [Internet]. Secretaría de salud; 2019. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf
86. UNFPA México. Educación Integral de la Sexualidad [Internet]. 2025 [citado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://mexico.unfpa.org/es/topics/educaci%C3%B3n-integral-de-la-sexualidad>
87. Vásquez L, Vanegas S. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. 2012.
88. Real Academia Española [Internet].s/f [citado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.rae.es/>
89. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2009 [citado el 18 de agosto de 2025];70(3):217–24. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
90. Martínez Marín A, Ríos Rosas F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. 2006 mar.
91. Kullock A. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo Cómo pensar las nuevas construcciones del conocimiento en los entornos actuales How to think new construction of knowledge in today's environment. 2010.

92. Tello-Zuluaga J. Historia y desarrollo de la investigación sobre las actitudes humanas en la Psicología Social. *Revista Sul-Americana de Psicología*. el 31 de julio de 2023;11(1):37–58.
93. Cuartas-Gómez E, Palacio-Duque A, Ríos-Osorio LA, Cardona-Arias JA, Salas-Zapata WA. Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre sostenibilidad en estudiantes de una universidad pública colombiana. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica*. el 31 de diciembre de 2019;22(2).
94. Gonzáles Millán JJ, Rodríguez Díaz MT. Manual práctico de planeación. 2020.
95. Basantes Ávalos JL, Centeno Parra EX, Bonilla Torres EM, Basantes Avalos RA. Planificación Estratégica: antecedentes de aplicación y su vigencia en un mundo contemporáneo. *Conciencia Digital*. el 5 de mayo de 2021;4(2.1):154–65.
96. Chiavenato, Idalberto, Sapiro, Arão. *Planeación Estratégica: Fundamentos y aplicaciones*. 2017;
97. Calle García JS, Bozada Licoa BF, Aguilera Martinez YG, Ramírez Rebolledo ND. La alineación de los objetivos estratégicos con la misión y visión empresarial: un enfoque basado en resultados. *Ciencia y Desarrollo Universidad Alas Peruanas* [Internet]. el 3 de marzo de 2025; Disponible en: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/index>
98. Kamarudin K. Leveraging SWOT Analysis in IS/IT Strategy for Enhancing Hospital Quality. *Jurnal Riset Sistem dan Teknologi Informasi*. el 30 de septiembre de 2024;2(2):63–72.
99. Fleites Did TY, Pérez Gallego Y de la C, Gispert Abreu E de los Á, Barbeito NB, De la Mella Quintero SF. Vista de Validación de instrumentos evaluativos del conocimiento sobre salud bucodental | *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2025]. p. 86–99. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3998/5029>
100. Ramírez Valverde G, Ramírez Valverde B. Programa estadístico R, Herramienta clave en el análisis y visualización de datos. *Agro divulgación*, ISSN 2954-4483, Vol 2, N° 2, 2022 (Ejemplar dedicado a: Marzo-Abril), págs 17-22 [Internet]. 2022 [citado el 29 de julio de 2025];2(2):17–22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8681872&info=resumen&idioma=SPA>
101. Sampieri RH. *Metodología de la investigación*. 6ta edición. 2014.
102. Forni P, De Grande P. Triangulación y métodos mixtos en las ciencias sociales contemporáneas. *Rev Mex Sociol*. 2020;159–89.
103. Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios Title: *Methods in Qualitative Research: Triangulation*.
104. Bagur-Pons S, Rosselló-Ramon MR, Paz-Lourido B, Verger S. El Enfoque integrador de la metodología mixta en la investigación educativa. *RELIEVE - Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa* [Internet]. el

- 27 de junio de 2021 [citado el 16 de agosto de 2025];27(1):1–21. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/RELIEVE/article/view/21053>
105. Nogueira Rivera D, Medina León A, Medina Nogueira YE, Assafiri Ojeda Y. Matriz DAFO y análisis CAME, herramientas de control de gestión: caso de aplicación. *Revista Universidad y Sociedad* [Internet]. el 30 de abril de 2024 [citado el 29 de julio de 2025]; Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-0198-852X>
 106. Zamora Castillo MJ, Rojas Casanova KE, Ugando Peñate M, Tandazo Yanangómez TM, Quimis Cárdenas AA. Plan estratégico y su efecto en los resultados económicos financieros de la empresa agroquímica Agro Unión del Cantón Quinindé, Ecuador. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica*. el 30 de diciembre de 2021;4(6):313–35.
 107. Tecnológico I, Jubones S, Leonardo E, Cedeño C, Estefanía K, Mena S. El Método Delphi Cualitativo y su Rigor Científico: Una revisión argumentativa. *Sociedad & Tecnología* [Internet]. el 1 de julio de 2022 [citado el 29 de julio de 2025];5(3):530–40. Disponible en: <https://institutojubones.edu.ec/ojs/index.php/societec/article/view/261>
 108. Petrone P. La feminización en la Medicina. *Revista Colombiana de Cirugía*. el 30 de abril de 2018;33(2):132–4.
 109. OMS. Salud sexual [Internet].s/f [citado el 15 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
 110. Gobierno de México. Mis Derechos Sexuales y Reproductivos [Internet]. 2023 [citado el 15 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/mis-derechos-sexuales-y-reproductivos>
 111. Espitia J, Torres Y. Psicología y sexualidad. La masturbación, una práctica común en adolescentes. Universidad Católica de Colombia; 2017.
 112. Rodríguez Fernández V, Spindola T, Tadeu M, Francisco R, Sodré CP, André O, et al. Young university students and the knowledge about sexually transmitted infections. *Escola Anna Nery* [Internet]. 21 de mayo de 2018 [citado el 18 de agosto de 2025];22(2):e20170318. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5HqmrYZPWj4yPFnPts9mSsH/?format=html&lang=en>
 113. Centro para el Control y prevención de enfermedades. Acerca de la vaginosis bacteriana | Vaginosis bacteriana (VB) | CDC [Internet]. 2024 [citado el 21 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bacterial-vaginosis/es/about/acerca-de-la-vaginosis-bacteriana.html>
 114. CDC. Guía de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. 2021 [citado el 18 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/candidiasis.htm?utm_source=chatgpt.com
 115. Bonati M, Coelho Scholl C, Puchalski Trettim J, López Molina M, Carret Soares M. The perception of parenteral bonding in pregnant adolescent and its association with generalized anxiety disorder. *Eur Psychiatry*. el 1 de octubre de 2018;54:51–6.

116. Saldívar Garduño A, Correa Romero FE, Ramírez Gómez KE. Vulnerabilidad social y embarazo en estudiantes universitarias. *Nova Scientia*. el 30 de noviembre de 2023;15(31):1–18.
117. Duque-Ramírez GC, Agudelo JEB. Sexuality myths and beliefs in rural students of a township in the department of Caldas. *Rev Lasallista Investig*. 2024;21(1):175–88.
118. P. EAI, Guarnizo-Tole M. Comparación de prácticas en salud sexual y reproductiva entre estudiantes de Ciencias de la Salud y de ingeniería de una institución de educación superior en Bogotá, Colombia, 2008. *Revista Colombiana de Enfermería* [Internet]. el 25 de octubre de 2016 [citado el 18 de agosto de 2025];13(11):59–74. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1902>
119. Falcones-Cedeño MB, Barcia-Briones M, Briones-Rivera IT. Creencias sobre sexualidad y su influencia en las relaciones de género. *Dialnet* [Internet]. 27 de octubre de 2020 [citado el 3 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8638166.pdf>
120. Günther MC, Prinsich Yseli GHoracio. Actitudes hacia la sexualidad en jóvenes de 18 a 25 años de la ciudad de Paraná, Entre Ríos, Argentina. ; [Internet] 2023 [citado el 3 de agosto de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/17711/1/actitudes-sensualidad-jovenes.pdf>
121. Cifuentes Zúñiga CF, Gaete Villegas GA, Sepúlveda Saldías CM, Morales Ojeda IA, Parada Jiménez DA, Cifuentes Zúñiga CF, et al. Factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes de un colegio de educación secundaria. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet].30 de diciembre de 2021 [citado el 5 de agosto de 2025];21(1):e1125. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
122. López Castro D, Rodríguez Aldana AM, Peña Figueredo M. Conductas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes [Internet]. 2020 [citado el 5 de agosto de 2025]. p. 187–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782020000100187
123. González Tovar J, Montañó A. Los roles y estereotipos de género en los comportamientos sexuales de jóvenes de Coahuila, México: aproximación desde la Teoría Fundamentada. *Ciencias Humanas y de la Conducta* [Internet]. 24 de marzo de 2015 [citado el 5 de agosto de 2025];23:112–20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/104/10446094003/html/>
124. Antunes de Campos E, Pereira de Melo L, Ferreira Farias D. Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo-Brasil. *Cultura de los cuidados*. 2012;16(33):55–66.
125. Ponce-Cusi R, Ochoa-Rodríguez Y, Pilco-Ferreto N. Consideraciones éticas del aborto en el contexto de la salud pública de América Latina. *Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo, Perú* [Internet]. 2022 [citado el 5 de agosto de 2025]; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v15n1/2227-4731-rcmhnaaa-15-01-148.pdf>

126. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. Gates Open Res [Internet]. 2022 [citado el 5 de agosto de 2025];5. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/condoms>
127. Carroza B, Carvallo J, Cataldo R, Arancibia M, Papuzinski C. Uso de condón en estudiantes de pregrado de carreras sanitarias de la Universidad de Valparaíso: estudio transversal. Revista Chilena de Salud Pública. el 11 de marzo de 2021;24(2):97.
128. Acevedo-Osorio GO, Ramírez-García N, Cardona-Osorio JD, Oliveros-Ruiz C. Conocimiento y uso de método anticonceptivo de emergencia en estudiantes universitarios, Pereira, Colombia. Univ Salud. el 16 de abril de 2019;21(2):159–65.
129. Rincón Silva EA. Primera relación sexual en adolescentes escolares de Montelíbano (Córdoba, Colombia): un análisis desde sus relatos. Revista Colombiana de Enfermería. el 13 de septiembre de 2018;8:61–73.
130. Santos Cebrián M, Fidalgo Cerviño E. Un análisis de la flexibilidad del Cuadro de Mando integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. 2004 [citado el 14 de agosto de 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28171171_Un_analisis_de_la_flexibilidad_del_Cuadro_de_Mando_integral_CMI_en_su_adaptacion_a_la_naturaleza_de_las_organizaciones

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable: Datos sociodemográficos

Dimensiones	Definición operacional	Escala
1. Edad	Años cumplidos al momento del estudio	a. De 18 a 21 años b. De 22 a 25 años c. Mayor de 25
2. Departamento de procedencia	Departamento donde vive al momento del estudio	a. Ahuachapán b. San Salvador c. La Libertad, d. Chalatenango e. Cuscatlán f. Cabañas g. La Unión h. Usulután i. La Paz j. Sonsonate k. Santa Ana l. San Vicente m. San Miguel n. Morazán
3. Sexo	Característica biológica de acuerdo a los genitales	a. Masculino b. Femenino
4. Orientación sexual	Atracción romántica, emocional o sexual hacia otra persona	a. Heterosexual b. Homosexual c. Bisexual d. Asexual e. Prefiero no decirlo

Dimensiones	Definición operacional	Escala
5. Estado civil	Condición de una persona en relación al matrimonio	a. Soltero b. Casado c. Unión libre
6. Carrera de estudio	Carrera en la que se encuentra inscrito/a al momento de la investigación	a. Nutrición b. Fisioterapia y terapia ocupacional c. Enfermería d. Radiología e imágenes e. Educación para la salud f. Laboratorio clínico g. Anestesiología e Inhaloterapia
7. Año de estudio	Año de estudio cursado al momento de la investigación	Primer año Segundo año

Variable: Conocimientos

Dimensiones	Definición operacional	Escala
8. Definición de salud sexual	La salud sexual consiste en el bienestar, y no meramente en la ausencia de enfermedad. La salud sexual implica el respeto, la seguridad y la libertad frente a la discriminación y la violencia. La salud sexual depende de goce de determinados derechos humanos	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
9. La sexualidad, ¿se refiere únicamente a las relaciones sexo coitales?	La sexualidad es un aspecto central del ser humano, está presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos

Dimensiones	Definición operacional	Escala
	erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.	
10. ¿Qué es el sexo?	Se refiere a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
11. Derechos sexuales	El autoerotismo, es decir a la masturbación. A no sentir presión para tener relaciones sexuales. A una práctica sexual plena y enriquecedora Tener acceso a información científica sobre Infecciones de transmisión sexual y VIH sida A decidir de forma libre, cuando y con quien experimentar placer Al consentimiento informado para realizarse la prueba del VIH sida A no sufrir discriminación por su sexo, identidad y orientación sexual.	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
12. Definición de las Infecciones de Transmisión Sexual	Aquellas que se transmiten durante las relaciones sexo coitales sin protección.	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
13. Tipos de Infecciones de Transmisión Sexual	Clamidia Gonorrea Virus de Inmunodeficiencia Humana Virus del Papiloma Humano Herpes genital	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
14. Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual	Secreciones vaginales Secreciones por el pene Verrugas en los genitales	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos

Dimensiones	Definición operacional	Escala
	Ulceras Dolor de cabeza, fiebre y malestar general Mal olor y picazón en los genitales	
15. Formas de prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual	Uso de condones Abstinencia Fidelidad mutua en la pareja	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
16. Días fértiles de la mujer	Tres días antes y dos días después de la ovulación.	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
17. Mecanismo de acción de los métodos hormonales	Impiden la ovulación y espesan el moco cervical	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
18. Mecanismo de acción del Dispositivo Intrauterino de cobre	Inducen una reacción inflamatoria local en el endometrio, cuyos componentes celulares y humorales se liberan en la cavidad uterina.	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
19. Efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas	Dolor de cabeza Cambio de humor Sensibilidad mamaria Aumento de peso	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos
20. Beneficios del uso del implante subdérmico	Efectividad mayor al 99 % Es de larga duración, es decir, puede durar hasta 5 años Se puede usar independientemente de la edad Ayuda a la prevención de ciertos tipos de cáncer.	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos

Dimensiones	Definición operacional	Escala
21. Beneficios del uso del Dispositivo Intrauterino	Es de larga duración, dura hasta 12 años Es discreto No produce aumento de peso	a. Deficiente: nota de 5 puntos o menos b. Bueno: nota entre 6.0 y 7.9 puntos c. Excelente: nota entre 8.0 a 10 puntos

Variable: Actitudes

Dimensiones	Definición operacional	Escala
22. Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio 23. La masturbación es una práctica dañina para la salud 24. A veces puedo tener relaciones sexo coitales esporádicas con personas que no son mi pareja, ahora es muy normal y frecuente 25. El uso de drogas como alcohol, marihuana u otras incrementa el riesgo de relaciones sexo coitales inseguras 26. Todas las personas que tienen relaciones coitales están en riesgo de adquirir una Infección de Transmisión Sexual 27. Las personas adolescentes y menores de edad también pueden usar métodos para prevenir embarazos 28. Los métodos anticonceptivos hormonales son dañinos para la salud	Juicios positivos, negativos o neutros que la persona posee basada en la información, experiencias, estereotipos, sentimientos o valores personales ante afirmaciones sobre la salud sexual y reproductiva que se le presentan.	a. Completamente de acuerdo b. De acuerdo c. No está segura/o, d. En desacuerdo e. Totalmente en desacuerdo.

Variable: Prácticas

Dimensiones	Definición operacional	Escala
29. Inicio de relaciones sexo genitales	Si la persona al momento del estudio ya inició o no las relaciones sexo genitales	a. Si b. No
30. Edad de la primera relación sexo genital	La edad a la que las personas tuvieron su primera relación sexo genital	a. Antes de los 12 años b. Entre los 13 y 15 años c. Entre los 16 y los 18 años d. Entre los 19 y los 21 años e. A los 21 año o más
31. Tipo de relaciones sexo genitales	Son aquellas en las que hay contacto o penetración de los genitales, con personas de su mismo sexo, sexo opuesto o ambas	a. Heterosexuales b. Homosexuales c. Bisexuales
32. Número de parejas sexo genitales en toda la vida	Número de personas con las que han tenido relaciones coitales a lo largo de toda la vida	a. Una b. Dos c. Tres d. Cuatro e. Cinco f. Más de cinco
33. Participación en actividades sexo genitales grupales	Participar en actividades grupales donde se tenga sexo coital entre 3 personas o más	a. Si b. No
34. Practica de sexo casual	Relaciones sexo coitales esporádicas con personas que no sean una pareja estable	a. Si b. No
35. Practica de sexo coital bajo los efectos de alcohol o drogas	Practicas sexo coital y haber consumido ya sea previo al acto o durante el acto coital alguna droga o alcohol.	a. Si b. No

Dimensiones	Definición operacional	Escala
36. Embarazos	Número de embarazos durante la vida por ellas o sus parejas en el caso de los hombres	a. Si b. No
37. Edad del primer embarazo	Edad a la que tuvo el primer embarazo	a. Entre los 18 y 19 años b. A los 20 años o mas
38. Número de embarazos	Cantidad de gestaciones en toda la vida	a. Uno b. Dos c. Tres o más
39. Condición del embarazo	Se refiere a la percepción personal sobre el embarazo	a. Deseado b. Planificado c. Ambas d. Ninguna
40. Acompañamiento de la pareja durante el embarazo	Acompañamiento de la pareja durante el embarazo	a. Si b. No
41. Experiencias de abortos	Experiencia de aborto alguna vez la vida	a. Si b. No
42. Uso de métodos anticonceptivos	Uso de algún método anticonceptivo durante toda la vida	a. Actualmente b. Previamente c. Nunca en la vida
43. Tipo de método anticonceptivo utilizado	Método anticonceptivo utilizado	a. Pastillas b. Inyecciones c. DIU d. Implante subdérmico e. Condón masculino f. Condón femenino g. Ritmo h. Terminar afuera

Dimensiones	Definición operacional	Escala
44. Tiempo de uso del método anticonceptivo	Tiempo transcurrido desde el primer día del uso del método hasta la última vez que lo uso	a. 6 meses b. 1 año c. 2 años d. 3 años e. 4 años o más
45. Motivos para suspender el uso del método anticonceptivo	Causas para dejar de usar el método anticonceptivo	a. Desconocimiento b. Miedo a los efectos secundarios c. Falta de recursos económicos d. Miedo a que se enteren otras personas e. Vergüenza f. Mi pareja no quiere g. No me gusta h. Deseo un embarazo i. No tiene pareja con sexo coital j. Es pecado y la religión se lo prohíbe k. Otro, explique
46. Uso del condón externo	Experiencia previa en el uso del condón externo	a. Nunca lo ha usado b. Lo usa a veces c. Lo usa siempre d. Lo usa hasta que se da el momento de la eyaculación e. Lo utiliza en todo momento, nunca hay penetración sin condón
47. Uso de la píldora anticonceptiva de emergencia	Experiencia previa en el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia	a. Si b. No

Dimensiones	Definición operacional	Escala
48. Número de ocasiones de uso de píldora anticonceptiva de emergencia en el último año	Cantidad de veces que se ha tomado la píldora anticonceptiva de emergencia	a. 1 vez b. 2 veces c. 3 veces d. 4 veces o más e. La uso hace mas de 1 año
49. Conducta ante la sospecha de una Infección de Transmisión Sexual	Acción realizada ante la sospecha de padecer una Infección de Transmisión Sexual	a. Buscaría ayuda en un profesional de salud b. Le contaría sólo a mi amigo /a c. Pediría un medicamento en la farmacia d. Lo buscaría en internet e. Me quedaría callado/a, no le contaría a nadie f. No sé qué haría g. Esperaría, talvez se cura sola
50. Pruebas para la detección de Infección de Transmisión Sexual	Acudir a un establecimiento de salud a tomar una prueba de Infección de Transmisión Sexual	a. Se la realiza una vez al año b. Nunca se la ha realizado

Anexo 2. Instrumento para la validación con personas expertas

PLAN DE ACCION PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2024-2025

FASE 1: DIAGNÓSTICO

Instrumento para la validación con personas expertas

Objetivo: validar el instrumento de recolección de datos para el diagnóstico de riesgos en salud sexual y reproductiva en estudiantes de las Ciencias Básicas de la Escuela de Ciencias de la Salud.

La investigación denominada: PLAN DE ACCION PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ESTUDIANTES. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2024-2025 está en la fase 1 que corresponde al diagnóstico, previo a la aplicación del instrumento es necesario hacer la validación del mismo y se ha seleccionado la metodología de validación con personas expertas por medio de la aplicación de los criterios de Moriyama que son una serie de guías para la validación de instrumentos de investigación, especialmente en el ámbito de la medición y la investigación social.

Indicaciones: A continuación, encontrará una serie de ítems, divididos tres dimensiones y tres variables de estudio con lo cual se pretende hacer un diagnóstico sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva.

Se evaluará cada ítem por medio de los siguientes criterios:

Criterio 1	¿Se justifica la presencia de este ítem en el instrumento para medir los conocimientos, actitudes o prácticas en salud sexual y reproductiva?
Criterio 2	¿El ítem responde a la variable que se pretende medir?
Criterio 3	¿El ítem ayuda a la evaluación de la dimensión en la que está incluido?
Criterio 4	¿El presente ítem se define claramente, es comprensible?
Criterio 5	¿Es posible obtener la información que se desea con las posibles respuestas a este ítem?

La valoración de los ítems se hará por medio de una escala cualitativa donde deberá colocar las letras A, B o C de acuerdo a la siguiente valoración: **A = Mucho, B = Poco, C = Nada**

El llenado de este instrumento es completamente anónimo, pero como garantía de su participación como persona experta se requieren de los siguientes datos:

Títulos de pregrado:		
Títulos de posgrado:		
Lugar de trabajo:	Años de experiencia en la docencia:	

Muchas gracias por su disponibilidad a participa

Anexo 3. Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach total: 0.770

Estadísticas por ítem eliminado

Pregunta	Media si se elimina	Varianza si se elimina	Alfa si se elimina
P1	10.59	6.56	0.764
P2	10.63	6.01	0.741
P5	10.74	5.66	0.734
P7	10.67	6.08	0.75
P8	10.93	6.23	0.778
P9	10.63	6.24	0.754
P10	10.78	5.72	0.742
P11	10.59	6.94	0.782
P12	10.59	6.79	0.775
P13	10.67	5.77	0.732
P14	10.74	6.05	0.757
P15	10.7	6.37	0.769
P17	10.78	6.41	0.779
P18	10.7	5.52	0.721

El análisis de fiabilidad realizado mediante el Alfa de Cronbach muestra un valor total de 0.770, lo que indica una buena consistencia interna general del instrumento. Este resultado sugiere que los ítems incluidos están midiendo una misma dimensión de forma coherente.

Anexo 4. Instrumento Delphi

Cuestionario Delphi - Validación de Plan de Acción en Salud Sexual y Reproductiva

Estimado/a experto/a: Este cuestionario tiene como objetivo validar la pertinencia, viabilidad y relevancia de las estrategias y acciones propuestas en el Plan de Acción en Salud Sexual y Reproductiva que se implementará a través de la Clínica Salud Materno Infantil de la Facultad de Medicina de la UES. Por favor, valore cada enunciado usando la escala de 1 (Muy en desacuerdo) a 5 (Muy de acuerdo) y agregue observaciones si lo considera necesario.

A. Datos generales

1. Indique su grado académico
 - a) Licenciatura o Médico/a
 - b) Maestría
 - c) Especialidad médica
 - d) Doctorado (PhD)
2. Escriba su especialidad en estudios de Postgrado
3. ¿Cuántos años tiene ejerciendo como profesor/a universitario?
4. ¿Cuál es su especialidad académica de pregrado?

B. Evaluación de pertinencia, viabilidad y relevancia

Evalúe cada estrategia/acción considerando los tres criterios: Pertinencia, Viabilidad y Relevancia. Use la escala de 1 a 5, donde 1 = Muy bajo y 5 = Muy alto. Marque su respuesta. Agregue observaciones si lo considera necesario.

Pertinencia

Se refiere al grado en que la estrategia o acción propuesta **responde a las necesidades, prioridades y problemas** del contexto en el que se aplicará.

Viabilidad

Evalúa la **factibilidad de implementar la estrategia o acción**, considerando los recursos disponibles (humanos, financieros, materiales), el tiempo y las capacidades institucionales.

Relevancia

Mide la **importancia y el impacto potencial** que tendrá la estrategia o acción para lograr los objetivos del programa y mejorar la situación del grupo beneficiario.

1. Objetivo estratégico 1. OEGPI1. Mejorar los procesos de gestión interna de la clínica para aumentar la cobertura: Estrategia 1: Elaborar y aprobar

manuales de procedimientos y administrativos con apoyo de docentes expertos y autoridades de la FM

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

2. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

3. Estrategia 2. Digitalizar registros y reportes para facilitar la gestión administrativa y demostrar resultados ante exigencias presupuestarias.

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

4. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

5. Estrategia 3. Establecer un sistema de monitoreo y evaluación para la mejora continua de los procesos internos.

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

6. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

7. Objetivo estratégico 2. OEGS1. Fortalecer la coordinación con unidades internas de la UES y con socios externos para ampliar el alcance de las intervenciones. Estrategia 1: Gestionar la programación de donaciones

periódicas de insumos a través de acuerdos formales con Ipas LAC, PSI y otras instituciones

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

8. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

9. Estrategia 2. Buscar alianzas estratégicas duraderas con instancias internas para la sostenibilidad de las acciones

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

10. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

11. Estrategia 3. Buscar la sostenibilidad financiera y operativa de la clínica

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

12. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

13. Objetivo estratégico 3. OEDI1. Fomentar la generación de evidencia científica sobre salud sexual y reproductiva para fortalecer la toma de decisiones y la mejora de los servicios de la clínica.

Estrategia 1. Diseñar y ejecutar proyectos de investigación en SSR que respondan a las necesidades y problemáticas del estudiantado.

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

14. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

15. Estrategia 2. Evaluar las estrategias implementadas

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

16. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

17. Estrategia 3. Desarrollar capacitaciones de educación continua al personal

de la clínica y crear cursos de capacitación al personal voluntario

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

18. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

19. Objetivo estratégico 4. OEIS1. Incrementar el acceso y la cobertura de

servicios de salud sexual y reproductiva para estudiantes de la Facultad de

Medicina. Estrategia 1. Fortalecer la oferta y disponibilidad de servicios de

salud sexual y reproductiva mediante la optimización de recursos, alianzas

estratégicas y modalidades de atención adaptadas a las necesidades

estudiantiles

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

20. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

21. Objetivo estratégico 5. OEIS2. Fomentar conductas saludables y prevenir riesgos en salud sexual y reproductiva en la comunidad estudiantil.

Estrategia: Desarrollar campañas educativas en SSR y aprovechar la experiencia y materiales propios

a. Pertinencia: 1 2 3 4 5

b. Viabilidad: 1 2 3 4 5

c. Relevancia: 1 2 3 4 5

22. Por favor, agregue sus observaciones sobre esta estrategia

Anexo 5. Consentimiento informado de la fase cuantitativa

PARTE I: Información

Estimados estudiantes: le estoy cordialmente invitando a participar en el proyecto de investigación titulado: ACCIONES PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ESTUDIANTES. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, 2024-2025

El objetivo de la primera fase de la investigación es identificar los conocimientos, actitudes y practicas sobre salud sexual y reproductiva.

El llenado este cuestionario es completamente VOLUNTARIO, además como parte de los criterios de inclusión, se aplicará sólo a estudiantes mayores de 18 años.

Al indicar : "Si acepto participar en la investigación", usted autoriza ser parte de la investigación.

Debe saber que no recibirá ningún beneficio académico, monetario o de otra índole por participar dentro de este estudio.

Además, pude suspender el llenado del instrumento en cualquier momento.

Anexo 6. Consentimiento informado de los grupos focales

Buenos días/tardes. Gracias por participar en este grupo focal. Esta es una conversación en la que queremos conocer sus opiniones, percepciones y experiencias sobre la salud sexual y reproductiva (SSR). La información que nos brinden será de gran valor para comprender mejor la situación de los estudiantes universitarios y proponer acciones que contribuyan a mejorar su bienestar. No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que nos interesa es su punto de vista. Sus aportes serán confidenciales y no se asociarán a sus nombres.

2. Consentimiento informado

Antes de comenzar, es importante que conozcan lo siguiente:

1. Propósito: Este grupo focal forma parte de una investigación que busca comprender los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes en relación con la SSR.
2. Voluntariedad: Su participación es completamente voluntaria. Pueden decidir no responder cualquier pregunta que les incomode o retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.
3. Confidencialidad: La información que compartan será tratada de manera confidencial. No se registrarán nombres y las respuestas se presentarán de forma agrupada.
4. Riesgos y beneficios: No existen riesgos directos para ustedes. El beneficio principal es contribuir con información que puede servir para fortalecer programas y acciones en favor de la SSR.

Si están de acuerdo en participar bajo estas condiciones, por favor confirmen verbalmente diciendo “sí” y procederemos a iniciar la conversación.

Anexo 7. Tablas de resultados

Tabla 1. Carreras de procedencia de las personas participantes

Carrera de procedencia	Primer Año		Segundo año	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nutrición	26	17,9	13	8,5
Fisioterapia y terapia ocupacional	0	0.00	17	11,2
Enfermería	41	28,3	31	20,4
Radiología e imágenes	23	15,8	22	14,5
Educación para la salud	1	0,7	4	2,6
Laboratorio clínico	23	15,8	19	12,5
Anestesiología e Inhaloterapia	31	21,4	46	30,6

Tabla 2. Edad de las personas participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18 años	58	19, 5
19 años	67	22, 6
20 años	55	18, 5
21 años	40	13, 5
22 años	23	7, 7
23 años	29	9, 8
24 años	11	3, 7
25 o mas	14	4, 7
Total	297	100

Tabla 3. Distribución de participantes de acuerdo al departamento de procedencia

Departamento	Frecuencia	Porcentaje
Ahuachapán	4	1, 3
Cabañas	4	1, 3
Chalatenango	5	1, 7
Cuscatlán	20	6, 7
La Libertad	40	13.5
La Paz	30	10.1
Morazán	1	0.3
San Miguel	2	0.7
San Salvador	163	54.9
San Vicente	10	3.4
Santa Ana	4	1.3
Sonsonate	8	2.7
Usulután	6	2.0
Total	297	100.0

Tabla 4. Notas obtenidas en la evaluación de los conocimientos

Notas	Frecuencia	Porcentaje
2.9-5.9	68	22.90
6.0-7.9	177	59.60
8.0-9.30	52	17.51
	297	100.00

Tabla 5. Elementos que integran una buena salud sexual según el estudiantado

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a. Tener relaciones coitales placenteras y seguras	204	68.69
b. Se refiere sólo al placer sexo coital	4	1.35
c. No sufrir ningún tipo de violencia	153	51.52
d. Mantener hábitos saludables como ejercicio y buena alimentación	127	42.76
e. Solamente implica la prevención de infecciones vaginales	22	7.41
F. Acceso a información y educación sobre el tema	268	90.24

Tabla 6. Derechos sexuales que el estudiantado identificaron

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a. El autoerotismo, es decir a la masturbación	83	28
b. A no sentir presión para tener relaciones sexuales	257	86, 5
c. A una práctica sexual plena y enriquecedora	134	45, 1
d. Tener acceso a métodos anticonceptivos	267	89, 9
e. Tener acceso a información científica sobre Infecciones de transmisión sexual y VIH sida	250	84.1
f. A decidir de forma libre, cuando y con quien experimentar placer	240	80, 8
g. A decidir cuándo y cuántos hijos tener	196	66
h. A no sufrir discriminar por su sexo, identidad y orientación sexual	214	72
i. A seleccionar pareja acorde a la orientación sexual	118	39, 7

Tabla 7. ITS que el estudiantado identificaron

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a. Clamidia	178	59, 9
b. Gonorrea	246	82,8
c. Candidiasis	131	44,1

d. Vaginosis Bacteriana	116	39
e. VIH	284	95,6
f. Herpes	248	83,5
g. Papiloma Humano	248	83,5
h. Tricomoniasis	113	38

Tabla 8. Momento en que una mujer puede quedar embarazada de acuerdo al ciclo menstrual según el estudiantado

Opciones	Mujeres		Hombres	
	F	%	F	%
a. Cualquier día del mes	61	29,3	27	30,3
b. Durante los días de la menstruación	2	1	2	2,24
c. Un día al mes	4	1,9	0	0
d. En la semana de ovulación	141	67,9	60	67,4
Total	208	100	89	100

Tabla 9. Conocimientos sobre el mecanismo de acción y efectos secundarios de los métodos anticonceptivos

Opciones	Respondieron correctamente	Respondieron incorrectamente
Mecanismo de acción de los MAC hormonales	197	66.3
Mecanismo de acción de DIU	227	76.4
Efectos secundarios del DIU	234	78.8
Efectos secundarios del implante subdérmico	262	88.2

Tabla 8. Actitudes del estudiantado sobre temas de salud sexual y reproductiva

Actitudes sobre SSR	Completamente de acuerdo	De acuerdo	No está segura/o	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	FR	F%	No seguro
Las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio	32	34	56	91	84	175	65.54	20.97
La masturbación es una práctica dañina para la salud	30	37	52	86	92	178	66.67	19.48
A veces puedo tener relaciones sexo coitales esporádicas con personas que no son mi pareja, ahora es muy normal y frecuente	10	29	33	73	152	226	84.64	12.36
El uso de drogas como alcohol, marihuana u otras incrementa el riesgo de relaciones sexo coitales inseguras	145	88	26	20	18	233	87.27	9.74
Todas las personas que tienen relaciones coitales están en riesgo de adquirir una ITS	134	95	29	28	11	230	86.14	10.86
Las personas adolescentes y menores de edad también pueden usar métodos para prevenir embarazos	147	96	28	13	13	244	91.39	10.49
Los métodos anticonceptivos hormonales son dañinos para la salud	52	79	99	41	26	131	49.06	37.08

Tabla 11. Estudiantes que han iniciado relaciones sexo genitales distribuidos por sexo

Inicio de las relaciones sexo genitales	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	101	48, 5	58	65, 1
No	107	51, 5	31	34, 9

Tabla 12. Edad de la primera relación sexo genital de los estudiantes distribuido por sexo

Edad de la primera relación sexual	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
a. Antes de los 12 años	0	0.0	1	1,7
b. A los 13 años	0	0.0	1	1,7
c. A los 14 años	3	3	9	15,5
d. A los 15 años	7	6,9	5	8,6
e. A los 16 años	12	11,9	9	15,5
f. A los 17 años	20	19,8	9	15,5
g. A los 18 años	26	25,7	16	27,6
h. A los 19 años	14	13,9	4	6,9
i. A los 20 años o mas	19	18,8	4	6,9
Total	101	100	58	100

Tabla 13. Número de parejas sexo genitales que los estudiantes han tenido

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a. Una	61	38.4
b. Dos	38	23.9
c. Tres	22	13.8
d. Cuatro	11	6.9
e. Cinco	6	3.8
f. Más de cinco	21	13.2
Total	159	100

Tabla 14. Estudiantes que al momento del estudio usaban métodos anticonceptivos

Uso actual de MAC	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	66, 3	39	67,2
No	34	33,7	19	32,8
Total	101	100	58	100

Tabla 15. Método anticonceptivo usado por los estudiantes al momento del estudio distribuido por sexo

Sexo	Pastillas		Inyecciones		DIU de cobre		Implante subdérmico		Condón externo		Ritmo		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Femenino	6	9	11	16,4	2	3	3	4,5	43	64,1	2	3	67
Masculino	0	0	0	0	1	2,6	0	0	37	95	1	2,5	39

Tabla 16. Causas por las cuales los estudiantes no usan MAC al momento del estudio

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a. No tiene pareja	21	46,7
b. Causas económica: no lo puede	2	4,4
c. Falta de tiempo para acudir al establecimiento de salud	7	15,5
d. Le produjo muchos efectos secundarios	5	11,1
e. Miedo a que se enteren otras personas	3	6,7
f. La pareja no quiere que usemos métodos	7	15,5

Tabla 17. Estudiantes que han usado alguna vez en la vida la píldora anticonceptiva de emergencia

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	75	47,17
No	84	52,83
Total	159	100

Tabla 18. Número de veces que los estudiantes han usado la píldora de emergencia

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
a. 1 vez	35	46,67
b. 2 veces	22	29,33
c. 3 veces	9	12,00
d. 4 veces o más	3	4,00
e. Hace más de un año	6	8,00
Total	75	100

Anexo 8. Diagnóstico estratégico o análisis FODA

Para el análisis FODA se tomaron en cuenta los elementos internos y externos de la Unidad ejecutara del Plan de Acción que es la Clínica Salud Materno Infantil.

Matriz FODA

Fortalezas -F	Debilidades -D
F1-Experiencia de la Coordinadora de la clínica en las atenciones en SSR hacia la población joven y además compromiso con la implementación de Plan de Acción	D1-La clínica depende de donaciones para la provisión de MAC y de colaboradores externos para la toma de citologías.
F2-La clínica cuenta con personal cualificado en servicio social o pasantía para la atención.	D2- No hay manuales de procedimientos ni administrativos de la clínica
F3- Acceso a TICS	D3- La clínica está sujeta a políticas institucionales
F3-Existe equipamiento e infraestructura para la ejecución del plan	D4-Poco personal para las atenciones
Equipamiento	D5- Múltiples funciones por parte de la coordinadora de la Clínica
F4-La clínica está ubicada estratégicamente en una zona accesible	
F5- se cuenta con redes sociales que permiten difundir información	
F6- Disponibilidad de suministros médicos como MAC, insumos para la toma de PAP, materiales educativos	
F7-Las atenciones se brindan basadas en enfoques de derechos humanos, género.	
F8- Existe el inventario de la clínica	
F9- Registro de productividad diario e informes trimestrales positivos	
F10- Estudio de tesis realizado reportó alto nivel de satisfacción por parte de las usuarias atendidas	
F11- Fuerte experiencia en el desarrollo de acciones educativas en SSR con creación propia de materiales.	
F12- Formación de estudiantes en la práctica clínica en los ciclos lectivos de la UES	
Oportunidades -O	Amenazas -A
O1- La unidad de salud del MINSAL con apertura a la colaboración	A1-Carga académica del estudiantado para participar en las actividades
O2- Docentes de la Carrera SMI con maestría en el tema de SSR	A2-Dependencia de políticas y lineamientos Ministeriales
O3-Otras docentes dentro de la FM con Maestría en SSR	A3-Administración externa del presupuesto
O4- Reapertura de la Maestría de educación en SSR	A4-El CRSV no funciona como unidad productiva por lo tanto no se perciben beneficios del cobro de aranceles
O5-Actitud positiva del estudiantado a temas en SSR	
O6- Posibilidad de toma de acuerdos con las autoridades de la FM	
O7_ Socios estratégicos externos a la UES Ipas, PSI con capacidad de generar donaciones	
O8-Programada de estudiantes becarios de la UES que deben realizar horas de retribución	
O9-Estudiantes egresadas de la Maestría de educación en SSR que deben realizar servicio social	
O10-Necesidad de mejorar los comportamientos en SSR y disminuir las conductas de riesgo en el estudiantado	
O11-Socios estratégicos dentro de la UES: Rectoría, Bienestar Universitario, Unidad de estudios de Género, Decanaturas de otras Facultades, Proyección Social de la UES	
O12-Acciones aisladas por parte de diversas carreras de la Facultad de Medicina en el tema de SSR	
O13-Coordinaciones con la CSMI para el desarrollo de investigaciones de productividad de la clínica y otros	
O14-Apoyo por parte de la Dirección de la Carrera Salud Materno Infantil	
O15-Posibilidad de trabajo con el UNFPA	

Anexo 9. Matriz de Evaluación de Factores Internos

FACTORES INTERNOS CLAVES	Peso	Rating	Rating Ponderado
Fortalezas			
F1-Experiencia de la Coordinadora de la clínica en las atenciones en SSR hacia la población joven y además compromiso con la implementación de Plan de Acción	0.09	4	0.36
F2-La clínica cuenta con personal cualificado en servicio social o pasantía para la atención.	0.08	4	0.32
F3-Acceso a TICS	0.04	4	0.16
F3-Existe equipamiento e infraestructura para la ejecución del plan	0.07	4	0.28
F4-La clínica está ubicada estratégicamente en una zona accesible	0.05	3	0.15
F5- se cuenta con redes sociales que permiten difundir información	0.05	3	0.15
F6- Disponibilidad de suministros médicos como MAC, insumos para la toma de PAP, materiales educativos	0.07	4	0.28
F7-Las atenciones se brindan basadas en enfoques de derechos humanos, género.	0.08	4	0.32
F8- Existe el inventario de la clínica	0.03	3	0.09
F9- Registro de productividad diario e informes trimestrales positivos	0.05	3	0.15
F10- Estudio de tesis realizado reportó alto nivel de satisfacción por parte de las usuarias atendidas	0.03	3	0.09
F11- Fuerte experiencia en el desarrollo de acciones educativas en SSR con creación propia de materiales.	0.08	4	0.32
F12- Formación de estudiantes en la práctica clínica en los ciclos lectivos de la UES	0.04	3	0.12
Debilidades			
D1-La clínica depende de donaciones para la provisión de MAC y de colaboradores externos para la toma de citologías.	0.07	2	0.14
D2- No hay manuales de procedimientos ni administrativos de la clínica	0.03	1	0.03
D3- La clínica está sujeta a políticas institucionales	0.03	1	0.03
D4-Poco personal	0.04	2	0.08
D5- Múltiples funciones por parte de la coordinadora de la Clínica	0.07	2	0.14
TOTAL	1		3.21

Anexo 10. Matriz de Evaluación de Factores Externos

FACTORES EXTERNOS CLAVE	Peso	Rating	Rating Ponderado
Oportunidades			
O1- La unidad de salud del MINSAL con apertura a la colaboración	0.04	4	0.16
O2-Docentes de la Carrera SMI con maestría en el tema de SSR	0.03	3	0.09
O3-Otras docentes dentro de la FM con Maestría en SSR	0.02	2	0.04
O4- Reapertura de la Maestría de educación en SSR	0.02	2	0.04
O5-Actitud positiva del estudiantado a temas en SSR	0.09	4	0.36
O6- Posibilidad de toma de acuerdos con las autoridades de la FM	0.07	3	0.21
O7-Socios estratégicos externos a la UES Ipas, PSI con capacidad de generar donaciones	0.08	4	0.32
O8-Programada de estudiantes becarios de la UES que deben realizar horas de retribución	0.05	2	0.1
O9-Estudiantes egresadas de la Maestría de educación en SSR que deben realizar servicio social	0.05	2	0.1
O10-Necesidad de mejorar los comportamientos en SSR y disminuir las conductas de riesgo en el estudiantado	0.09	4	0.36
O11-Socios estratégicos dentro de la UES: Rectoría, Bienestar Universitario, Unidad de estudios de Género, Decanaturas de otras Facultades, Proyección Social de la UES	0.03	2	0.06
O12-Acciones aisladas por parte de diversas carreras de la Facultad de Medicina en el tema de SSR	0.03	2	0.06
O13-Coordinaciones con la CSMI para el desarrollo de investigaciones de productividad de la clínica y otros	0.03	2	0.06
O14-Apoyo por parte de la Dirección de la Carrera Salud Materno Infantil y dirección del CRSV	0.09	4	0.36
O15-Posibilidad de trabajo con el UNFPA	0.03	2	0.06
Amenazas			
A1-Carga académica del estudiantado para participar en las actividades	0.09	4	0.36
A2-Dependencia de políticas y lineamientos Ministeriales	0.05	3	0.15
A3-Admiración externa del presupuesto	0.07	2	0.14
A4-El CRSV no funciona como unidad productiva por lo tanto no se perciben beneficios del cobro de aranceles	0.04	2	0.08
TOTAL	1.00		3.11

Anexo 11. Matriz de estrategias FODA

ANÁLISIS FODA	Fortalezas -F	Debilidades -D
	F1-Experiencia de la Coordinadora de la clínica en las atenciones en SSR hacia la población joven y además compromiso con la implementación de	D1-La clínica depende de donaciones para la
	F2-La clínica cuenta con personal cualificado en servicio social o pasantía para la atención.	D2- No hay manuales de procedimientos ni
	F3- Acceso a TICS	D3- La clínica está sujeta a políticas
	F3-Existe equipamiento e infraestructura para la ejecución del plan	D4-Poco personal
	F4-La clínica está ubicada estratégicamente en una zona accesible	D5- Múltiples funciones por parte de la
	F5- se cuenta con redes sociales que permiten difundir información	
	F6- Disponibilidad de suministros médicos como MAC, insumos para la toma de PAP, materiales educativos	
	F7-Las atenciones se brindan basadas en enfoques de derechos humanos, género.	
	F8- Existe el inventario de la clínica	
	F9- Registro de productividad diario e informes trimestrales positivos	
	F10- Estudio de tesis realizado reportó alto nivel de satisfacción por parte de las usuarias atendidas	
	F11- Fuerte experiencia en el desarrollo de acciones educativas en SSR con creación propia de materiales.	
	F12- Formación de estudiantes en la práctica clínica en los ciclos lectivos de la UES	
Oportunidades -O	Estrategias FO	Estrategias DO
O1- La unidad de salud del MINSAL con apertura a la colaboración		D1
O2- Docentes de la Carrera SMI con maestría en el tema de SSR	F3, F4	D4
O3- Otras docentes dentro de la FM con Maestría en SSR	F3, F4	D4
O4- Reapertura de la Maestría de educación en SSR	F3, F4	
O5- Actitud positiva del estudiantado a temas en SSR	F5, F11	
O6- Posibilidad de toma de acuerdos con las autoridades de la FM		D2
O7- Socios estratégicos externos a la UES (pas, PSI) con capacidad de generar donaciones	F1, F2	D1
O8- Programada de estudiantes becarios de la UES que deben realizar horas de retribución	F8, F6	D5
O9- Estudiantes egresadas de la Maestría de educación en SSR que deben realizar servicio social	F8, F6	D5
O10- Necesidad de mejorar los comportamientos en SSR y disminuir las conductas de riesgo en el estudiantado	F5, F11	
O11- Socios estratégicos dentro de la UES: Rectoría, Bienestar Universitario, Unidad de estudios de Género, Decanaturas de otras Facultades, Proyección Social de la UES	F1, F2	
O12- Acciones aisladas por parte de diversas carreras de la Facultad de Medicina en el tema de SSR	F1	
O13- Coordinaciones con la CSMI para el desarrollo de investigaciones de productividad de la clínica y otros	F9, F10	
O14- Apoyo por parte de la Dirección de la Carrera Salud Materno Infantil	F9, F10	D2
O15- Posibilidad de trabajo con el UNFPA	F1, F2	
Amenazas -A	Estrategias FA	Estrategias DA
A1- Carga académica del estudiantado para participar en las actividades	F11, F7	D4, D5
A2- Dependencia de políticas y lineamientos Ministeriales	F9, F10 F5, F3	D3
A3- Admiración externa del presupuesto	F1, F6 F5, F3	D1 D2
A4- El CRSV no funciona como unidad productiva por lo tanto no se perciben beneficios del cobro de aranceles	F1, F7	D1 D2