



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**2010-2012**

**Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública**

**Sistematización de intervenciones del Ministerio de Salud en la  
prevención de embarazos en adolescentes en 8 municipios de  
Jinotega, Nicaragua, agosto a diciembre, 2011.**

Autora: Lauryn Sandra Linsell

Tutor: Dr. Ezequiel Provedor

Managua, Nicaragua, Julio del 2013.

# CONTENIDO

CONTENIDO.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
DEDICATORIA .....	iii
RESUMEN .....	iv
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES .....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
V. OBJETIVOS .....	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	13
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS .....	15
IX. CONCLUSIONES .....	35
X. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS .....	37
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS .....	42

# AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis de maestría es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

Debo agradecer de manera especial y sincera la plétora de tutores que el CIES me facilitó en todo este proceso incluyendo el Dr. Luis Carballo, Dr. Ezequiel Provedor y la Dra. Marcia Ibarra quienes considero héroes en sus áreas de trabajo y al fin de todo, queridos amigos. Su apoyo y confianza en mí y mi trabajo ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Le agradezco también al Dr. Miguel Orozco quien tuvo a confianza en mí para ayudarme hasta el final de este ardoroso proceso, sacando una maestría no solo en otro país pero en otro idioma que no es la mía por naturaleza. Le agradezco mucho haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis. Muchas gracias y sepan que siempre tienen una casa y familia en Tucson, Arizona para cuando lleguen.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a todos los trabajadores del Ministerio de Salud que han contribuido mucho a mi crecimiento en este tema, y mi conocimiento del sistema de salud en Nicaragua. Su disponibilidad y paciencia hizo que el proyecto saliera más enriquecida, y cabe mencionar que sin su apoyo, no sería la profesional que soy hoy en día. Gracias por luchar tanto por la salud y bien estar de su gente, y la mayoría del tiempo sin el agradecimiento que merecen. Les admiro mucho y nos estaremos viendo en el futuro de salud pública.

# **DEDICATORIA**

Para mis padres, que siempre han creído en mí, y todos mis tutores y profesores del CIES que no perdieron la esperanza que podría alcanzar mi meta de terminar esta maestría.

# RESUMEN

La atención especializada al adolescente ha sido una prioridad al nivel mundial, y aún más en Nicaragua con las tasas más altas de embarazos en adolescentes en los últimos 5 años. El Ministerio de Salud a través del MOSAFC ha promovido una atención especializada a los adolescentes, pero al nivel departamental y municipal estas iniciativas varían mucho lo cual dificulta el cumplimiento de los objetivos deseados. En este estudio cualitativo, se hicieron grupos focales y entrevistas estructuradas con los responsables de adolescentes del MINSA en cada municipio de Jinotega y adolescentes en los mismos municipios, identificando las iniciativas implementadas entre el periodo de agosto y diciembre del 2011. Los responsables de adolescentes de los municipios percibieron una entrega exitosa de servicios e iniciativas, mientras las adolescentes percibieron una mejor atención por organizaciones no gubernamentales. El MINSA tiene fortalezas en la cooperación con ONGs, inclusión de los adolescentes en las actividades, recursos humanos capacitados y un alto nivel de tecnología. Mejorando la atención a la población adolescente requiere atención más seguida, mejor movilización a las zonas rurales, diversificación de actividades, y mayor confidencialidad. El Ministerio de Salud específicamente en Jinotega beneficiaría de una colaboración fuerte con ONGs en la creación e implementación de estas iniciativas, y la creación de un comité de adolescentes como “consejo técnico” al establecer nuevas iniciativas.

# GLOSARIO DE TÉRMINOS

<b>CAMAJ</b>	: Casa Municipal de Adolescentes y Jóvenes
<b>CRS</b>	: Catholic Relief Services
<b>CSDH</b>	: Comisión de Determinantes Sociales de Salud
<b>ENSSR</b>	: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>INBZ</b>	: Instituto Nacional Benjamín Zeledón
<b>Intervención</b>	: Una estrategia que se traza para modificar favorablemente el comportamiento de la situación de salud
<b>MOSAFC</b>	: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>RA</b>	: Responsables de adolescentes
<b>SSR</b>	: Salud sexual y reproductiva
<b>WEFT QDA</b>	: Una aplicación para análisis cualitativa utilizando información textual.

# I. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud tiene varias estrategias para preservar la salud de las mujeres y sus niños en cada etapa de la vida. De los problemas que enfrentan los adolescentes, el embarazo clasifica como uno de los temas más discutidos en el área de salud. La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR, 2008) establece como primera prioridad “la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad” de los adolescentes, lo cual incluye como meta la reducción de la tasa de fecundidad (105.5/1,000) de adolescentes al nivel nacional (MINSA, 2007).

El embarazo no solo es una inquietud social sino un riesgo adverso a la adolescente, aumentando la probabilidad de complicaciones del parto y puede resultar en la muerte (Conde-Agudelo, 342). En Nicaragua los adolescentes representaban 26.4% de todos los nacimientos en 2006/2007 (ENDESA 2006/7) y 29% de todas las muertes maternas en el país. Sin embargo es el aumento de embarazos en pre-adolescentes de 2.7% en 2000 a 4.5% en 2007 que llama atención a la gravedad de la situación en el país (ENSSR, 2008).

Según la Encuesta Nacional de Desarrollo (ENDESA) de 2006/2007, el perfil de adolescentes embarazadas favorece un nivel de educación baja y el quintil más pobre; las zonas rurales con casi 3 veces las tasas de fecundidad que las zonas urbanas (Andino, 2007). El hecho de que 47.32% de la población entre 13 y 18 años de edad no asiste a la escuela secundaria significa que casi la mitad de la población adolescente pierde la poca educación en salud sexual y reproductiva ofrecida a nivel educacional e institucional (MECD, 2004).

La ubicación geográfica del departamento de Jinotega y sus municipios limita acceso a los centros educativos y servicios de salud en general. Adicionalmente, este departamento cuenta con menor uso de planificación familiar por adolescentes, las más altas proporciones de adolescentes que ya son madres, están embarazadas o han estado embarazada alguna vez, y las tasas de fecundidad más altas en la zona pacífica del país (4.2 comparado con la tasa nacional de 2.7) (ENDESA 2006/7).

El abordaje de las instituciones de salud para disminuir los casos de embarazos en adolescentes se ha enfocado en los institutos académicos y centros de salud. Por ejemplo el desarrollo de la promoción de estilos de vida saludables, promoción de salud, promoción de acciones deportivas, Ligas del Saber, promoción y disposición de Métodos de Planificación Familiar, y la promoción de salud con el uso de la tecnología (MINSA).

Sin embargo hay pocos programas dirigidos hacia las necesidades específicas de las adolescentes sin acceso a dichas instituciones académicos y geográficamente alejadas, ni documentación de las necesidades que pertenecen a tal sector de la población. Otros estudios han reconocido las debilidades de programas para adolescentes y la falta de atención a toda la población adolescente (Andino 2007), pero no se ha identificado los logros o éxitos en las iniciativas para la prevención del embarazo en la población adolescente, mucho menos de la perspectiva del mismo Ministerio de Salud y sus usuarias.

## II. ANTECEDENTES

Al nivel mundial se ha reconocido la importancia el abordaje los temas de salud sexual y reproductiva con los adolescentes. La Organización Iboamericana de Juventud (OIJ) valora las opiniones de los jóvenes en el tema con su estudio ejecutado en Chile y Perú “Sistematización de la experiencia de los consejos de adolescentes para la prevención del embarazo no planificado” publicado en el año 2012. En su estudio, la OIJ se enfoca en varios programas con alta participación por los jóvenes y pinta una buena imagen del éxito y retos que Perú y Chile han tenido que pasar en el proceso de implementación de estos programas.

La participación por parte de las instituciones estatales en la prevención del embarazo del adolescente se analiza en el “Documento Sistematización Consejo Consultivo de Jóvenes y Adolescentes” elaborado por el Ministerio de Salud de Chile de 2011, lo cual busca la clasificación de experiencias de cada nivel de actores claves en la ejecución de los programas. Guiado por el “Plan Andino para la Prevención de Embarazos en Adolescentes (PLANEA)” elaborado por varios países de Sudamérica, Chile ha tenido un éxito inigualable en el ámbito de salud sexual y reproductivo en adolescentes.

En Nicaragua el Código de la Niñez y Adolescentes creado en 1996 domina la mesa política con respecto a los adolescentes y los servicios ofrecidos a ellos. La “Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia de la Republica de Nicaragua” nos da un contexto político para el abordaje que se ha adoptado Nicaragua hacía los adolescentes en el tema de salud sexual y reproductiva. Sin embargo estos planes y políticas establecidos en Nicaragua tienen más de 10 años de existencia y no necesariamente domina el escenario con respecto a la creación de nuevas iniciativas.

Existen sistematizaciones de programas o iniciativas de organizaciones internacionales trabajando en Nicaragua, pero una sistematización de no programas pero *iniciativas* implementadas por la entidad estatal no se ha realizado.

### III. JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los programas para el desarrollo sano de los adolescentes se enfocan en los cascos urbanos por razones obvias; accesibilidad, mayor concentración de la población, menores gastos de tiempo y recursos, etc. Sin embargo son los adolescentes de las áreas rurales que requieren más atención y educación en salud sexual y reproductiva por la diferencia de tradiciones y creencias. Mientras el embarazo del adolescente es extensamente aceptado por la comunidad y la familia en el área rural, no disminuye los riesgos asociados con un embarazo a temprana edad.

Las esfuerzos de bajar los embarazos en adolescentes dentro de las unidades escolares aparte de las clases en educación sexual que han sido esporádicos e inefectivas, son pocas. Además, con la poca asistencia escolar de adolescentes entrando a pubertad, no hay un enfoque específico hacía esos adolescentes que no estén en alguna institución u organización, lo cual hace la captura y educación de ese sector de la población casi imposible.

El Ministerio de Salud reconoce la urgencia de los programas de prevención de embarazos en adolescentes, pero la cobertura y efectividad es desconocida de esos programas que ya están en práctica en el departamento de Jinotega. Con una vista objetiva del ámbito de esos programas, el Ministerio de Salud podría mejorar sus esfuerzos donde realmente sea necesario sin desperdiciar recursos y tiempo en iniciativas ineficaces.

Con los resultados de este estudio investigativo, se podría identificar los éxitos y debilidades de las iniciativas institucionales en la disminución de embarazos en adolescentes, reforzando las iniciativas exitosas y eliminando las que no han sido exitosas.

## **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- 1.** ¿Cuáles son las iniciativas implementadas por el Ministerio de Salud para la prevención de embarazos en adolescentes, y son uniformes en todos los municipios de Jinotega?
- 2.** ¿Cómo perciben la efectividad de estas iniciativas los responsables de adolescentes de cada municipio?
- 3.** ¿Qué tan útil perciben iniciativas en prevención de embarazos en adolescentes las mismas adolescentes que reciben estos servicios?
- 4.** ¿Cuáles de las iniciativas en la prevención de embarazos en adolescentes son más efectivos para seguir su implementación y bajar las tasas de embarazos en adolescentes, y cuales se puede eliminar/modificar?

## **V. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Sistematizar las intervenciones del Ministerio de Salud en la prevención de embarazos en adolescentes en los 8 municipios del departamento de Jinotega, Nicaragua de agosto a noviembre 2011.

### **Objetivos Específicos**

- 1.** Realizar un inventario de las intervenciones actuales que realiza el Ministerio de Salud para la prevención de embarazos en adolescentes en Jinotega.
- 2.** Documentar la percepción de los diferentes actores en las intervenciones del Ministerio de Salud en la prevención de embarazos en adolescentes.
- 3.** Identificar buenas prácticas y generar recomendaciones para el mejoramiento de servicios de salud e intervenciones dirigidas a prevenir de embarazos en adolescentes.

## VI. MARCO TEÓRICO

### Determinantes de la Salud: Conceptos Claves

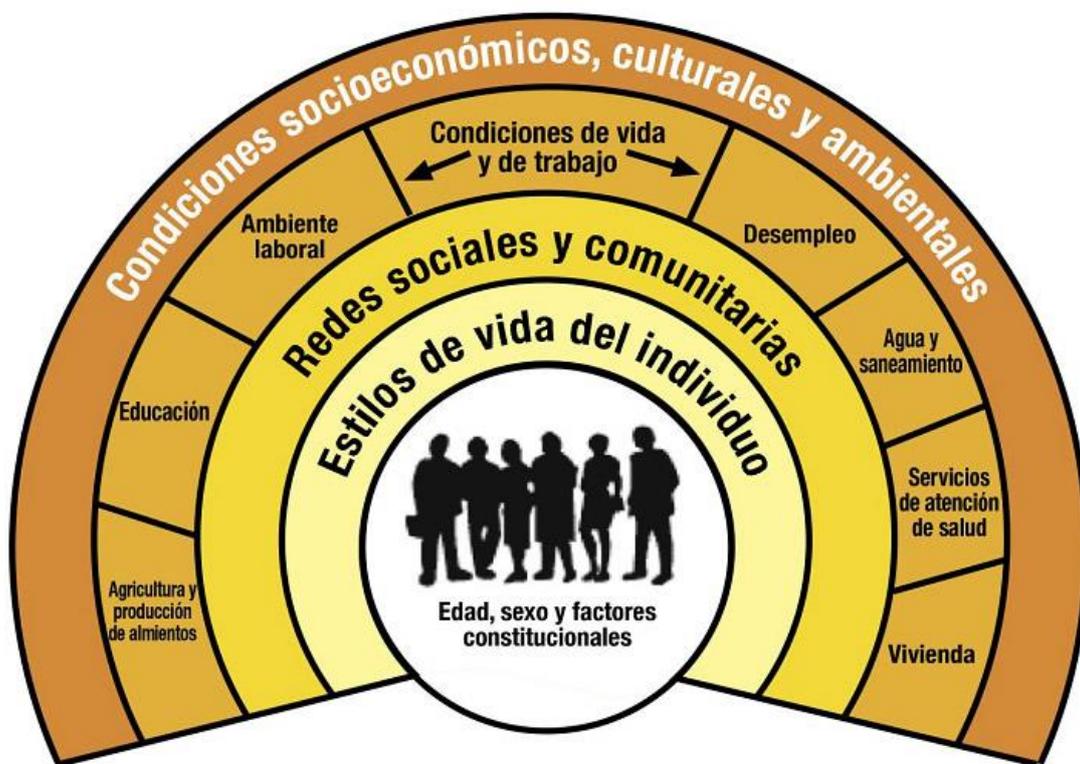
La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció precedente ante el análisis de iniciativas de salud los determinantes de salud, aplicando un método de análisis que tomaba en cuenta todos los aspectos del problema de forma integral desde lo más distante y general hasta lo más específico y aplicable. Los retos de las instituciones de salud provienen de un abordaje multi-disciplinario, dirigiendo problemas de salud pública desde la perspectiva de todos los actores nacionales e internacionales involucrados.

La Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CSDH; sus signos en inglés) fue formado exactamente con ese enfoque integral; fomentar la equidad de salud concentrándose en la justicia social para la implementación de programas de salud con resultados comparables entre grupos de población dentro y entre países. (WHOCase Studies). Con estas recomendaciones del CSDH, la OMS ha incorporado el enfoque de disminuir inequidades de salud en todos sus programas, promoviendo la utilización de métodos y evidencia existente dentro del contexto nacional de cada país participante (CSDH, 2008).

Para el análisis de determinantes de salud con relación a equidad de programas de salud pública, un conjunto de actores del OMS conocido como la Red de Prioridades en Condiciones de Salud Pública (PPNC-KN; sus signos en inglés) creó un marco analítico de 5 niveles; contexto socioeconómico y posición (sociedad), exposición diferencial (ámbito físico y social), vulnerabilidad diferencial (grupo de población), resultados de salud diferenciales (individual), y consecuencias diferenciales (individual) (Figura 1). El micro análisis de programas de salud dentro de este marco analítico brinde una mejor comprensión del alcance de esos programas, y sus contribuciones a la equidad o inequidad de salud (Blas y Sivasankara Kurup, 2010).

El éxito de los actores de salud está basado en una coordinación intersectorial compleja, lo que el CSDH se llama la “coherencia política.” Sin la integración de actores

del estado, del sector público-privado, el sector privado, y el sector voluntario, la producción de servicios de salud equitativos no es posible, y más bien crea obstáculos en el desarrollo de justicia social (CSDH, 2008). Por ejemplo en la implementación de un programa para mejorar acceso a comidas nutritivas en Chile, la coordinación entre el sector público y privado con un enfoque en política pública fue exitoso, pero sin coordinación al nivel local con organizaciones de sociedad civil, el programa no proveyó los servicios a los más necesitados por cual el programa había sido creado (Blas y Sivasankara Kurup, 2010).



**Figura 1. Determinantes de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2005)**

### **Determinantes de Salud: Su Aplicación a Nicaragua**

Nicaragua es un escenario único para el análisis de equidad de salud en programas de salud dado su historia y contexto socio-económico. Después de muchos años de guerra y conflicto interno y externo, Nicaragua cuenta con una institución política bajo constante cambio que ampliamente ha dividido la población y dejado la mayoría de la

población en pobreza. Actualmente los jóvenes de edades menos de 30 años constituyen casi 70% de la población, lo cual requiere un enfoque de salud específicamente dirigido a las necesidades de un país joven (ENDESA, 2007).

La creación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional y Desarrollo (CIPD) en El Cairo en 1994 reflejó una necesidad en el escenario de Nicaragua en ese momento. Reconociendo la situación precaria de la maternidad subiendo en una población mayormente joven, el CIPD estableció dos objetivos principales; el primero es “abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados... mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados.” El segundo es reducir considerablemente los casos de embarazos en adolescentes. (Blandón et. al, 2006).

Casi 20 años después de haberse incorporado en el Programa de Acción de CIPD, Nicaragua se encuentra con la tasa de fecundidad de adolescentes (de edades 15 a 19) más alto de Centroamérica; 110 nacimientos de cada 1,000 mujeres en Nicaragua, 90 en Honduras, 105 en Guatemala y 64 en Costa Rica (Banco Mundial, 2008). Concedido que la tasa específica de fecundidad en adolescentes ha bajado en los últimos diez años de 139/1,000 en 1998 a 110/1,000 en 2008, pero es llamativo que los embarazos en pre-adolescentes (entre 10 y 14 años de edad) se ha incrementado de 2.5% de todos los nacimientos a 4.7%. (ENSSR, 2008)

Según la Encuesta Nacional de Desarrollo (ENDESA) de 2006/2007, el perfil de adolescentes embarazadas favorece un nivel de educación baja y el quintil más pobre; las zonas rurales con casi 3 veces las tasas de fecundidad que las zonas urbanas (Andino, 2007). El hecho de que 47.32% de la población entre 13 y 18 años de edad no asiste a la escuela secundaria significa que casi la mitad de la población adolescente pierde la poca educación en salud sexual y reproductiva ofrecida a nivel educacional e institucional (MECD, 2004).

El campo de salud sexual y reproductiva en Nicaragua incluye la participación de varios actores del sector público, privado, y voluntario (Sistemas de Salud). Los actores principales en la prevención, educación, y atención a los embarazos en adolescentes sin embargo, son el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación los cuales están bajo la dirección del estado de Nicaragua y parte del sector público.

### **Salud de los Adolescentes: Políticas de Salud en Nicaragua**

Con el cambio de enfoque de salud al nivel nacional y la aparición del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), Nicaragua decidió implementar programas de salud y Prestaciones de Salud por ciclo de vida. Los adolescentes, definidos como “población vulnerable” de personas entre 10 y 19 años de edad, recibiría servicios “dirigidos al desarrollo sano... basados en consejerías dirigidas a sus problemáticas específicas” (MOSAFC, 2008). También establecieron la importancia de servicios al primer nivel de atención hacia la prevención de adicciones, la promoción de estilos de vida saludable, salud mental y la prevención del embarazo precoz.

El MOSAFC también define el Ministerio de Salud como órgano rector del sector de salud, con la responsabilidad de coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, con el Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) como unidad ejecutiva “según las prioridades y necesidades territoriales que se establezcan y que justifiquen este desarrollo institucional” (2008). Estas acciones en salud incluyen el programa de Atención a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia (AIMNA) lo cual según la Ley General de la Salud define el trato especial que merecen estos sectores de la población (2002). Sin embargo este mismo Ley establece el enfoque a los adolescentes como el control prenatal, atención al parto etc. – acciones no necesariamente enfocadas en la prevención del embarazo sino atención una vez que se embarace el individuo.

Igual en la Política Nacional de Salud (PNS) de Nicaragua se hace un comentario acerca del enfoque de las instituciones del sector de salud en los daños, en la enfermedad y las patologías de la sociedad. No hay una atención hacía los individuos tomando en cuenta factores sociales, genero, ni prácticas y actitudes de salud lo cual determina el comportamiento de salud de una población entera. Ignorando las características

básicas que forman una población implica pasar por alto el enfoque preventivo que en este caso de los adolescentes es invaluable para la implementación de programas exitosos en la prevención de embarazos.

Según la Política Nacional de Salud, una de las prioridades principales del sistema de salud en Nicaragua está en “la prevención de la aparición de daños a la salud...y el control de las principales enfermedades endémicas” (2008). Aunque no lo menciona la PNS, el hecho de que 22% de todas las muertes maternas en los últimos diez años proveniente de madres adolescentes, se podría considerar el embarazo un daño a la población adolescente y un problema prioritario al sistema de salud (UNFPA, 2012).

En 2008 la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) sugirió como un mecanismo para la reorganización de servicios en salud sexual y reproductiva, reconociendo una necesidad de desarrollar una estrategia específicamente en ese ámbito de la salud donde no había antes. Como primer objetivo, la ENSSR menciona “Mejorar la calidad y oportunidad de la atención integral a la salud adolescente para la construcción del pensamiento crítico sobre el desarrollo del ejercicio de la sexualidad desde un enfoque de habilidades para la vida y de desarrollo humano,” demostrando un reconocimiento al nivel nacional del problema de embarazos en adolescentes y un enfoque específico en esa área.

La ENSSR pretende atacar este problema nacional disminuyendo la tasa de embarazos en adolescentes a 90 nacimientos por cada 1,000 mujeres para el año 2015, retrasar la edad promedio de inicio de relaciones sexuales y mejorar la educación de la sexualidad considerando la edad y la cultura (2008).

### **Características del departamento de Jinotega**

Administrativamente el Municipio de Jinotega cuenta con su respectiva cabecera municipal del mismo nombre, 191 comunidades rurales y 41 barrios urbanos. A nivel de la Alcaldía se realizó la distribución de las comunidades a nivel rural por sectores y a nivel urbano por distritos lo que facilita la atención de la población de una manera más rápida y eficaz.

De todos los departamentos en la zona Central-Norte, Jinotega cuenta con más limitaciones en transporte debido a la distribución geográfica de las comunidades. Aunque Jinotega produzca 45% de la energía eléctrica de todo el país, solo 30% de la población en el área rural cuenta con luz eléctrica, también debido a limitaciones de recursos y acceso geográfico.

Jinotega cuenta con una población de 402,167 habitantes con una tasa de crecimiento anual de 1.02%. Los adolescentes entre 10 y 19 años de edad constituyen 25% de la población de los cuales 60% viven en el área rural.

Mientras la tasa de fecundidad al nivel nacional ha bajado en los últimos años a 2.7 hijos por mujer, la tasa de fecundidad de la población del Municipio de Jinotega sigue en un rango preocupante a 5.6 hijos por mujer (ENDESA 2006/07).

El apoyo institucional para los adolescentes en Jinotega ha sido débil, y mayormente en otras áreas del desarrollo de los jóvenes menos el área de salud sexual y reproductiva. El Fondo de Gobernabilidad de Nicaragua por ejemplo se enfoca en la formación de ciudadanía de los adolescentes pretendiendo fortalecer el liderazgo juvenil y empoderar la población juvenil. La Red de Jóvenes es una rama de este proyecto, identificando y desarrollando líderes para promover temas de interés hacia el resto de la población adolescente.

Los jóvenes que forman parte de la población urbana inevitablemente son los que más benefician de proyectos e inversiones privados, pero los adolescentes en las zonas rurales especialmente de Jinotega son los que más carecen de atención institucional. El Ministerio de Salud que desvela por toda la población, obligado a “garantizar el acceso a los servicios de **salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente.**”

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Este estudio es de carácter cualitativo que se trata de sistematizar las experiencias de los trabajadores de salud y las usuarias en la implementación de intervenciones en la prevención de embarazos en adolescentes con un énfasis en el “como” y el “por qué” de los procesos de inventario de tales intervenciones, oferta, y demanda de servicios.

La sistematización se formuló por medio de subpreguntas que el investigador planteó sobre temas específicos que se había observado en el planteamiento del problema. Para sistematizar completamente la experiencia vivida de las iniciativas implementadas del Ministerio de Salud, se utilizó la metodología para capturar los dos lados de la experiencia: el proveedor de servicios (trabajadores de MINSA) y la demanda (adolescentes)

El lugar seleccionado incluye el SILAIS de Jinotega y sus 8 municipios pertinentes incluyendo San Rafael del Norte, La Concordia, Wilwilí, Santa María de Pantasma, San Sebastián de Yalí, San José de Bocay, El Cuá y Jinotega. El grupo seleccionado incluye los responsables de adolescentes de los municipios y grupos de adolescentes femeninas. Los trabajadores de salud fueron elegidos bajo el criterio del método de casos homogéneos (Sandoval, 2002); todos los responsables de adolescentes permanentes de los 8 centros de salud municipales bajo la dirección del Ministerio de Salud con no menos de 1 año de experiencia en su puesto.

Usuarios adolescentes que participaron en las iniciativas nombradas por los informantes claves en la primera fase fueron elegidas para la segunda fase. Una revisión de las listas de asistencia fue realizada con los responsables de salud, eligiendo de forma aleatoria 5 adolescentes de cada uno de los 8 municipios.

Se elaboró tres instrumentos de recolección de información; un formato de inventario y dos guías de grupos focales. El formato de inventario fue basado en la metodología del inventario del desempleo de jóvenes (Betcherman, 2007) lo cual clasifica en 9 subcategorías los requisitos de inclusión al inventario. En el contexto de este estudio, clasificamos las intervenciones en 5 subcategorías incluyendo categoría, contenido, efectividad, impacto, y sostenibilidad para sistematizar el tipo de atención brindada

(vea Anexo). Los instrumentos fueron piloteados y validados antes de su aplicación al grupo meta.

El primer grupo focal se realizó con los responsables de adolescentes para identificar las iniciativas existentes y generar un dialogo de la percepción de éxito en tales iniciativas. Esta sesión fue moderada por un guía semi-estructurado basado en los objetivos de la investigación (vea Anexo A).

Los siguientes grupos focales se dirigieron a grupos de adolescentes femeninas no embarazadas y embarazadas, con guías estructuradas basadas en el inventario elaborado en la primera fase con los responsables de adolescentes. Todos encuentros en esta fase fueron grabados para referencia y análisis.

Las visitas a los municipios para la realización de las encuestas se realizó con el apoyo del departamento de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) del Ministerio de Salud y FamiSalud, y un proyecto de USAID a través de Red Federación de Nica Salud y ejecutado por Compañeros de las Américas con el respaldo financiero de USAID.

El análisis de la información recopilada será en base de la metodología de codificación descriptiva (Glaser, 1978), utilizando los 5 subcategorías mencionadas anteriormente como referencia. Esta información será adaptada para ingresarla a un programa de análisis cualitativo llamado WEFT QDA.

Los instrumentos elaborados para las entrevistas formales y semi-formales se encuentran el Anexo 5.

## VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS

### **Recuperación de experiencias vividas**

En esta sección se elabora los resultados y observaciones de entrevistas estructuradas y grupos focales para la identificación de fuerzas y debilidades en la implementación de iniciativas en SSR. Los resultados no están organizados basados en ninguna estructura predeterminada sino según la división de los indicadores establecidos para este estudio (Anexo 1). Analizados de una forma completa y rigurosa, los resultados describen las iniciativas actuales implementadas y sus fortalezas, limitaciones, oportunidades y retos para la futura ejecución y modificación de tales programas por parte del MINSA.

### **Identificación de Iniciativas**

En cada encuentro con los actores claves, se identificaron las iniciativas actuales en sus municipios. Los proveedores de servicios (responsables de adolescentes, RA) hablaron de las iniciativas implementadas por el mismo MINSA mientras la demanda de servicios (las adolescentes) identificó iniciativas de todas instituciones por falta de conocimiento de los programas específicos ejecutados por el estado.

#### *Iniciativas identificadas por los proveedores*

Dividido por categoría según el contenido (Anexo 4, tabla 1.1), identificaron más iniciativas en el campo de (i) salud sexual y reproductiva, seguido por (ii) salud general y (iii) estilos de vida saludables. Con respecto a iniciativas específicas, los RA hablaron más de los (i) video foros, (ii) charlas de SSR en los colegios y (iii) consejería dirigida a adolescentes y capacitación de capacitadores locales. Solo los video foros fueron identificados como iniciativa actual en todos los municipios, ninguna otra fue identificada con tanta frecuencia. Las demás iniciativas están detalladas en el Anexo 4, (Tabla 1.2).

Reflejando en las prioridades de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en Cairo en 1994, los temas mencionados por los RA abordan asuntos “relativos a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia...mediante el fomento de

una conducta reproductiva y sexual responsable y sana.” La incorporación de iniciativas enfocadas en estilos de vida saludables es esencial según las organizaciones mundiales de la salud en el desarrollo completo del adolescente, no solo en el ámbito de salud sexual y reproductiva.

Los videos foros y las charlas mencionadas inevitablemente tienen un enfoque urbano escolar, dado las condiciones requeridas para poder implementar tales iniciativas. Esto implica que más de la mitad de la población adolescente que no está actualmente estudiando está perdiendo la oportunidad de participar en las iniciativas más reconocidas por los proveedores de salud como exitosas.

#### *Iniciativas identificadas por las adolescentes*

La mayoría de las iniciativas identificadas por los proveedores no fueron reconocidas por las adolescentes excepto las (i) charlas de SSR en los colegios. También hablaron de (ii) charlas radiales y (iii) redes de jóvenes pero la mayoría de las iniciativas identificadas por las adolescentes no coincidieron con las que mencionaron los RA por municipio (Anexo 4, tabla 1.2).

Las intervenciones pretendidas a bajar las tasas de embarazos de adolescentes se han mantenido dentro de los temas recomendados y los derechos de los adolescentes al nivel mundial establecidos por UNICEF y la OPS en SSR y Estilos de vida saludables.

De todas las iniciativas ofrecidas por el Ministerio de Salud, solo 3 fueron reconocidas por las adolescentes como una iniciativa implementada. Sin embargo de 7 iniciativas promovidas por organizaciones privadas, 7 fueron mencionadas por las mismas adolescentes.

Las prioridades de las instituciones privadas y públicas, aunque siempre enfocadas en el bien estar del adolescente manejan estrategias muy distintas para abordar los temas en SSR. Los intereses del Ministerio de Salud tienen más que ver con el cumplimiento de objetivos estratégicos nacionales, con indicadores numerales y resultados medibles. Bajar la tasa de embarazos en adolescentes en Jinotega de 4.7% es una prioridad para el SILAIS y está reflejado en los tipos de iniciativas que implementan.

Las organizaciones privadas sin embargo, siguen un presupuesto y una línea de tiempo pero sin restricciones numéricas, lo cual permite más creatividad y diversidad en la programación. La captación de estas iniciativas subsecuentemente es más alta por la diferencia en abordaje al tema y el nivel de aceptación de organizaciones no gubernamentales en este ámbito.

### **Indicadores cualitativos de entrega de servicios (Proveedores)**

Se organizó los resultados por descriptores elaborados en la herramienta en el Anexo 5 como determinantes de la entrega de servicios por los proveedores de salud; en este caso el MINSA.

### **Tipos de intervención**

#### *Edades esperadas de asistencia*

El grupo meta de estas iniciativas siempre eran los adolescentes. Las iniciativas ejecutadas en el campo de salud sexual y reproductiva abarcan los rangos de edades de los adolescentes (15-19) y en algunos casos personas mayores de 19 años. Varias iniciativas incluyendo las ferias de VIH, realización de pruebas de VIH, y charlas radiales se dirigen hacia toda la población (hasta los 50 años) sin ningún enfoque específico en los adolescentes.

Tomando en cuenta la creciente preocupación con la tasa de embarazos en pre-adolescentes en todo Centroamérica, el enfoque de las iniciativas para bajar los casos de embarazos en adolescente va a tener que ser modificado para acomodar el nuevo rango de edades.

#### *Enfoque geográfico*

La mayoría de las iniciativas tienen un enfoque en el área urbano. Las iniciativas dirigidas hacia los adolescentes en el área rural eran en solo dos municipios: (i) acogida de adolescentes, (ii) ferias de salud en las comunidades y (iii) capacitación en temas de salud sexual y reproductiva.

Proveer los servicios en estos temas a adolescentes mayormente de las zonas urbanas significa ignorar la tasa de embarazos de adolescentes que es tres veces más alta en las

zonas rurales. De todos los embarazos en el departamento de Jinotega, la mayoría son de las zonas más alejadas lo cual implica un impacto más grande en iniciativas en SSR en esas zonas. En el caso de las iniciativas nombradas en este estudio, ninguna fue específicamente diseñada para abordar estos temas con adolescentes en las zonas rurales.

## **Contenido**

### *Actividades principales*

Actividades ejecutadas fueron determinadas por las entrevistas realizadas a los RA. Mientras no se incluyó observaciones directas de estas iniciativas, se pidió un resumen de las actividades principales de los actores claves que habían o participado en o ejecutado tales actividades. Los RA de cada municipio utilizaron una variedad de técnicas para comunicar estos mensajes en salud incluyendo presentaciones (charlas, data show, videos), métodos participativos (plenarios, competencias grupales, bailes), métodos audiovisuales (películas, charlas radiales, música) y evaluativa (preguntas y respuestas, lluvias de ideas).

Al nivel internacional, se está reconociendo que la tecnología avanzada es la mejor forma de hacer llegar mensajes de SSR a los adolescentes (CDC, 2010). Obviamente el perfil demográfico de Nicaragua no permite el acceso a todos los medios de comunicación (internet, televisión) en las zonas rurales pero la alta incidencia de adolescentes con teléfonos celulares es un medio con cual se puede desarrollar y comunicar iniciativas en SSR.

El emparejamiento de adolescentes con otros adolescentes que tienen intereses parecidos es una táctica recomendada para mejor captación de temas de salud (UNESCO, 1999). En general los grupos o clubes de adolescentes organizados por el MINSA no han seguido la línea de un solo tema, sino que los organizan según edad y género. Los grupos con más recursos (normalmente apoyados por las instituciones no gubernamentales) tienen una fortaleza en esta área, movilizandolos según sus intereses, e incorporando temas de SSR como temas secundarios.

La evaluación de estas iniciativas por las mismas adolescentes ayuda a confirmar que los RA exitosamente entregaron muchas de las dichas actividades para promover la

salud sexual y reproductiva. Sin embargo no todas las actividades fueron confirmadas recibidas por la demanda. También es importante mencionar que la calidad de entrega de servicios ni la calidad de programación fue parte de la evaluación.

### **Objetivos de las intervenciones**

Todas las transcripciones de las entrevistas a los RA reflejan un genuino interés en la comunicación efectiva de los mensajes de salud sexual y reproductiva. Los trabajadores de salud entrevistados expresaron su compromiso con el cumplimiento de las metas, describiendo los resultados deseados como alcanzables dentro de los límites de las iniciativas. Esperaban (i) “aclarar dudas que tengan los adolescentes”, ayudar que los adolescentes (ii) “conozcan adecuadamente usos de planificación familiar” y (iii) “empoderar sus conocimientos de SSR”. Durante las entrevistas los investigadores notaban un sentido de esperanza y altas expectativas con referencia a resultados esperados.

Sin embargo las percepciones del lado de la demanda de los objetivos de estas iniciativas en su mayoría no coordinaban con las buenas intenciones de los trabajadores de salud. Muchas percibían que las iniciativas eran para (i) disminuir los embarazos, (ii) prevenir las enfermedades y (iii) evitar abortos y preparar adolescentes para sus primeras relaciones sexuales.

Esta misma percepción de la demanda pueda nacer del conocimiento de los problemas en SSR por los adolescentes. Los objetivos nombrados por los adolescentes hablaban de metas numéricamente alcanzables, mientras los de los RA eran más cualitativos, imedibles y basados en conocimiento y no necesariamente en números. La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva implicaría que los objetivos deberían de ser al revés por las metas establecidas por el MINSA para disminuir los embarazos en adolescentes. Sin embargo, los adolescentes perciben las intenciones institucionales y no humanas por parte del MINSA.

### **Efectividad**

#### *Participación*

En general, los RA reportaron un alto nivel de participación en las iniciativas indicadas. Reportan un poco de temor al inicio pero agarran confianza en el transcurso de las

actividades. A los adolescentes les interesan bastante los temas de (i) sexualidad, (ii) métodos anticonceptivos y (iii) planificación familiar, y su nivel de interés aumenta con mayor participación e involucramiento.

La participación disminuye cuando hay falta de planificación (“los maestros los mandaron por fuerza, no se sabe si estaban interesados”) o cuando son charlas sin actividades interactivas y dinámicas (“Regular, un poco aburrido, no les llama mucho la atención, no responden a preguntas”).

Sólo la participación de los adolescentes, junto a la de otros actores sociales, posibilita el pasaje de una sociedad que atienda sus necesidades de salud (entre otras, de educación y recreo) a una sociedad saludable. En ella, los adolescentes ejercen sus derechos como ciudadanos activos en un entorno democrático.

En varias iniciativas que involucraron a los adolescentes como los principales actores en la ejecución de tales iniciativas, se pudo observar un empoderamiento fuerte de los participantes. Es necesario que los actores sociales —en este caso el Ministerio de Salud— deje un espacio para que los adolescentes se puedan expresar y comunicar los temas más importantes a sus compañeros. Es imperativo un nuevo rol de las instituciones estatales, que esté abierto a escuchar, que estimule la participación adolescente, que la acompañe. Es fundamental una nueva cultura, que promueva la interacción y el diálogo entre adolescentes y el resto de la población, para un mejor abordaje de estos temas tan significativos.

### *Captura de la temática*

La percepción de la captura de la temática de SSR por los adolescentes fue bastante positiva por parte de los proveedores de servicios. Observaron mejor captación de los temas de planificación familiar, y en muchos casos utilizaron la participación de los adolescentes como una forma de medir la captura de la temática.

Sin embargo en los grupos focales, especialmente en el caso de las muchachas embarazadas, expresaron que la entrega de servicios no fue satisfactoria. Mientras

muchos adolescentes tienen la oportunidad de opinar en las sesiones de preguntas y respuestas, “uno no queda muy claro de las cosas.” Esto implica que la participación no necesariamente significa la captura de la temática, y que el método de evaluación de las iniciativas pueda definir mejor el nivel de comprensión.

#### *Percepción de cumplimiento de objetivos*

Para medir el éxito percibido por los proveedores de servicios en SSR a los adolescentes, se dirigieron a revisar los objetivos para determinar el nivel de cumplimiento de tales objetivos. Los RA demostraron mucha confianza en el alcance de sus programas y en su habilidad de hacer llegar los mensajes de SSR a los adolescentes. No parecían indecisos en ningún momento, y no dudaban que de los que recibían estos servicios se fueron satisfechos con las actividades realizadas e información compartida.

Existen metodologías cuantitativas para medir el cumplimiento de varios estándares de la entrega de servicios incluyendo indicadores en confiabilidad, grado de reacción, empatía, garantía, y tangibles. Por las limitaciones de este estudio y el enfoque en la distribución de iniciativas y no necesariamente calidad, no se utilizó estas metodologías.

#### **Impacto**

Por este estudio se considera el impacto a ser la naturaleza del cambio en las condiciones de vida provocadas por la acción del programa (Montero 2011). Las iniciativas en los temas de SSR, estilos de vida saludables y salud general se implementan según las metas dominantes del MOSAFC para aumentar conocimiento de estos temas y evitar embarazos a temprana edad. En sus entrevistas estructuradas, los RA brevemente evaluaron el efecto de estas iniciativas en el estatus actual de la tasa de fecundidad al nivel de su municipio y departamento. También de una manera general hablaron del impacto de estas intervenciones, sin ser guiados por los investigadores.

### *Efecto en la tasa de fecundidad*

El efecto de las iniciativas en bajar la tasa de fecundidad fue percibido de varios puntos de vista. Algunas personas comunicaron un optimismo debido a que puedan ver un impacto concreto por ejemplo en consultas dirigidas a adolescentes expresando que “sí porque ha bajado la aglomeración de consultas en los puestos de salud, a veces solo hay 2 personal.” Muchos expresaron que sí, las iniciativas bajarían la tasa de fecundidad sin ninguna evidencia. Con las iniciativas de largo plazo, expresaron que “por el momento no pero eso es lo que se espera.” En un municipio mencionaron que la iniciativa de charlas en los colegios más bien tuvo un efecto negativo: “Tuvimos un adolescente que se suicidó. ¿Dónde está el impacto?”

### *Impacto general*

Los RA eran muy optimistas en su percepción del impacto general de estas iniciativas en las vidas de los adolescentes. Una iniciativa donde repartían preservativos en ferias comunitarias iba a “bajar las ITS, bajar mortalidad materna, bajar mortalidad infantil, bajar pobreza, mejorar calidad de vida.” En otro municipio esperaban con los videos foros “que ellos puedan asimilar bien el conocimiento, bajar embarazos en adolescentes, que adolescentes triunfen en sus vidas, menos tasas de fecundidad, transmisores de esta información, que se orienten.” La entrega de estos servicios fue percibida como muy exitosa con un fuerte impacto en el comportamiento y conocimiento de los adolescentes.

Sin embargo estas dos iniciativas no fueron mencionadas en los servicios nombrados por la demanda lo cual significa una disparidad entre la entrega y el recibo de tales servicios. Mientras la utilización de tecnología avanzada es algo recomendado para la entrega de mensajes de SSR a adolescentes, también tiene que incorporar de manera integral el componente de participación (Lee, 1999). La descripción del contenido de los videos foros incluyó un video y una pequeña charla pero nada que incluía una participación dinámica con los adolescentes presentes.

## **Sostenibilidad**

### *Rentabilidad*

El impacto de estas iniciativas comparado con los gastos es proporcional según los RA. Muchas veces dicen que “para MINSA es rentable porque no implica ningún costo” cuando hablan de las iniciativas como las charlas en el colegio y los videos foros. Sin embargo mencionaron que “sí es rentable pero un poco sostenible, se necesita plata para combustible para ir a partes rurales, hay que llevar equipo, personal, combustible.”

### *Seguimiento*

Según los RA, no se ve mucho apoyo institucional para el desarrollo de seguimiento seguido en estas iniciativas. Mientras haya actividades que consideran como seguimiento, no es un enfoque. Los RA dicen que “seguimiento muy poco por parte de MINSA, no hay fondos especiales para esta actividad.”

Los cambios bruscos de las políticas en Centroamérica y Nicaragua especialmente, no dejarían que los programas de salud tengan un seguimiento fluido en el cambio de una entidad gubernamental a otra. Sin embargo el contexto político de Nicaragua en los últimos años y la continuidad del gobierno actual no debería prestar a la constante interrupción de programas sociales específicamente en salud. Para poder cumplir con los objetivos del milenio establecidos en 2000 es necesario que el seguimiento de los programas sea decidido y priorizado para el MINSA.

### *Evaluación*

Los métodos de evaluación ejecutados por los RA se hacen (i) en el momento de la entrega de servicios, (ii) en la forma de preguntas y respuestas en cuanto terminen la actividad y hay muchos que (iii) no realicen ninguna evaluación. No existen estándares para la ejecución y regulación de estas iniciativas, lo cual deja abierto la forma de evaluar; “Según la encargada, ninguna había quedado embarazada, no evaluación formal.”

Muchos RA mencionaron la necesidad de cumplir los objetivos de las iniciativas con respecto a asistencia de los adolescentes (alcanzar un cierto número de jóvenes asistentes, cumplir con un número de reuniones o actividades etc.) pero en ningún momento el SILAIS realiza una evaluación general con los adolescentes para determinar la efectividad y calidad de estos servicios brindados.

En este aspecto el MINSA está siguiendo las estipulaciones del CIPD abordando “las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados... mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados.” (Blandón et. al, 2006). Las iniciativas que se están implementando en Jinotega se pueden considerar como los “servicios apropiados,” ofreciendo acceso a información en SSR a la edad hectárea indicada.

No obstante, el enfoque ha sido en el cumplimiento numérico de las instituciones públicas de los objetivos mundiales para bajar la tasa de embarazos en adolescentes, no necesariamente la calidad de los servicios ofrecidos.

### **Indicadores cualitativos de entrega de servicios (Demanda)**

Se organizó los resultados por descriptores elaborados en el Anexo 1 como determinantes del recibo de servicios por los que demandan estas iniciativas. Las adolescentes (la demanda) expresaron sus opiniones para poder identificar las iniciativas exitosas y no exitosas, y las tácticas que los proveedores pudieran seguir implementando o no.

### **Contenido**

#### *Actividades principales*

Se determinaron las actividades ejecutadas por las adolescentes en los grupos focales. Por cada iniciativa mencionada, se pidió un resumen de las actividades principales de los actores claves que había o participado en o que conocía a alguien que había participado en tales actividades. Las adolescentes de cada municipio reportaron que

las instituciones usaron una variedad de técnicas para comunicar estos mensajes en salud incluyendo métodos visuales (folletos, data show, fotografías), métodos participativos (obras de teatro, competencias grupales, bailes), y métodos audiovisuales (charlas radiales, música).

### **Objetivo de las instituciones implementando las iniciativas**

En general las adolescentes reconocen una intención positiva en la implementación de las iniciativas en SSR. Los objetivos identificados por ellas indicaba que sabían que “ellos (MINSa) quieren un futuro mejor para nosotros.” Enfatizaban que los proveedores de salud esperaban (i) concientizar a los adolescentes, (ii) fomentar y promover el conocimiento de la SSR y (iii) fomentar la abstinencia. En ningún momento dudaron que el MINSa no tuviera motivos ocultos para la entrega de estos servicios a los adolescentes. Observaron mensajes positivos para el bien de la población; “que todos tengamos en cuenta de cuáles son las causas y las consecuencias al realizar cosas que no se debe a nuestra edad.”

La legitimización que la institución pública tiene con la juventud de Nicaragua es algo positivo para la implementación de estas iniciativas. La credibilidad del personal es algo que el MINSa pueda seguir desarrollando ya que la mayoría del presupuesto de salud es para recursos humanos. Independientemente de la calidad o impacto de las iniciativas, las metas que MINSa ha establecido para aumentar el número de recursos humanos en salud en las zonas rurales y urbanas será un componente integral a la diseminación de mensajes de SSR a los adolescentes.

### **Efectividad**

#### *Conocimiento adquirido*

Las adolescentes expresaron los conocimientos adquiridos de estas iniciativas en SSR – cosas que no sabían antes de haber participado en las actividades promovidas por los proveedores de salud. En general mencionaron (i) enfermedades y sus consecuencias, (ii) prevención de VIH/SIDA y (iii) hay que protegerse. Sin embargo al hablar de ciertos métodos específicos para protegerse en el transcurso de los grupos focales, las adolescentes no podían detallar el uso de estos métodos de protección. Entienden que

la protección es importante para prevenir enfermedades transmisibles y embarazos no deseados pero aparte del condón, no manejaban conocimiento de los otros métodos anticonceptivos.

Esto sugiere el uso de una táctica de amedrentamiento para la comunicación de estos temas por medio de los RA, enfocándose en las consecuencias negativas físicas de las relaciones sexuales no necesariamente incluyendo el embarazo. Requiere una revisión este abordaje ya que el enfoque se está cambiando de la prevención de embarazos en adolescentes a la abstinencia de relaciones sexuales a temprana edad.

### *Técnicas llamativas usadas*

En los grupos focales, tocaban las técnicas usadas para transmitir estos mensajes de SSR a los adolescentes. Se tomó cuenta de esas técnicas que más llamaron la atención de las muchachas incluyendo:

- “Lo hacemos de manera dinámica para que se nos quede un poco agradable”
- “Lo hacemos conversado”
- “Hacíamos un concurso...y al final había un ganador.”
- “Hasta los profesores estaban involucrados. Estaba bonito.”
- “Como poner un condón, todo eso para que uno se mete más en lo que es el tema.”
- “Ahorita estamos en una edad que, que tenemos nuestra forma de hablar, otra forma de pensar. Y no es cualquiera que nos pueda entender ni con cualquiera que nos podemos comunicar.”

Las adolescentes se emocionaron hablando de estas técnicas, la mayoría incluyendo componentes participativos. En general no mencionaron las técnicas más utilizadas por los proveedores de salud incluyendo el data show, videos y fotografías lo cual indica un bajo nivel de aceptación de estas técnicas por parte de la demanda. Otra vez se puede notar el deseo por parte de estas adolescentes contar con un trabajador de salud que las entienda y que se incorpore a las mismas actividades.

### *Participación*

La entrega de servicios ha incluido un buen nivel de involucramiento de los mismos participantes. Las adolescentes expresaron que a los que les interesa el tema se ponen atención “pero hay otros que no, solamente escuchan por estarle escuchando o por no ser mal educados.” En las charlas y capacitaciones tienen una oportunidad (i) opinar, (ii) hablar y (iii) preguntar.

El componente de competencia ha sido una estrategia bastante popular con las adolescentes:

“Todo el mundo gritaba cuando tocaron el momento de la pregunta a ver quién contestaba.”

A esta edad, los adolescentes compiten en todas las áreas de la vida. Incorporando más actividades aumentando la interacción entre los jóvenes y sus “rivales” incluyendo compañeros de su edad, colegios vecindarios etc. sería una mejor forma de asegurar la participación de los adolescentes:

“Por ejemplo sería bien también que organizáramos así al nivel de todos los municipios una feria con todas las escuelas para que fueran representantes de cada uno a hablar de esos temas. Y que estuvieran circulando todos los alumnos y allí nos relacionemos porque también hay problemas.”

### *Aplicación de conocimiento*

Las muchachas que participaban en los grupos focales generalmente describían que los conocimientos adquiridos se aplicaban en sus vidas diarias. Sin embargo eran las que habían sido capacitadas en temas de SSR que sentían más capaces de aplicar estos conocimientos de forma seguida. Cuando se sienten preparadas pueden “aconsejar a otras amigas por decirle así u otras personas que necesitan saber.”

Mencionaron que muchas aprenden de los temas pero depende de cómo lo ponen en práctica. Las que no ponen en práctica los conocimientos adquiridos “por no ponerlo

en práctica salen embarazadas. Algunas otras si los ponen en práctica pero algunos fallan.” Según la demanda, la consecuencia más notable de no aplicar estos conocimientos (por parte de las adolescentes embarazadas y no embarazadas) es el embarazo.

En los grupos focales con las muchachas embarazadas se notaba más la desilusión con el MINSA por lo que percibieron ser una mala comunicación de mensaje en SSR, específicamente en el tema de planificación familiar y métodos anticonceptivos.

“A nosotros mostraban fotografías nada más, de los anticonceptivos para que conociéramos mejor todo que había...Entonces deberían de hacer más de, quizá ir a casa a casa también a hablar de este tema bastante porque, esta como olvidado. Uno necesita saber más. Por ejemplo ellos explicaban y todo pero en clases no les daba mucho tiempo para que estén hablando entonces uno no queda muy claro de las cosas. “

## **Impacto**

### *Éxito de las iniciativas*

En los grupos focales, la demanda demostró una satisfacción con el éxito de estas iniciativas en SSR. Sin embargo los grupos de adolescentes embarazadas no percibieron exitosas las iniciativas impartidas por el MINSA. Mencionan que más bien muchas muchachas quedaron embarazadas después de esas actividades como que el conocimiento adquirido les sirvió para ir a tener relaciones; “no fue exitosa. Que hay muchas embarazadas de las que estaban presentes cuando dieron esas charlas.” Esto implica una creencia por parte de las adolescentes que en muchas ocasiones llegan a despertar el interés en los temas de SSR pero cuando no hay explicaciones detalladas, lleva a la adolescente al embarazo.

### *Apoyo institucional*

La confianza brindada a las adolescentes por parte de los proveedores de salud se puede ver reflejada en el nivel de confianza que las muchachas tengan en los trabajadores e instituciones de salud. Muchas dijeron que se sienten cómodas con los trabajadores de salud y mientras algunas conocidas de las participantes “dicen que son muy odiosas”, las que habían participado en los grupos focales no habían tenido esa experiencia.

Específicamente en las zonas rurales los recursos humanos de la salud tienen que cuidar más su imagen ante la población adolescente, ya que atienden a una cohorte más pequeña de la población general. Esto significa diseminación de información más rápida y a veces una falta y quiebra de confianza por parte del trabajador de salud.

### *Fuentes de información para las adolescentes*

Otra prueba de la efectividad de estas iniciativas es la relación establecida entre las adolescentes y los proveedores de servicios. Al terminar la ejecución de las actividades en SSR, las adolescentes compartieron con nosotros sus fuentes de información - ¿de dónde consiguen información cuando tengan preguntas en SSR? Muchas expresaron (en orden de prioridad) una variedad de fuentes incluyendo:

- Centro de salud
- Consejería escolar
- Familiares femeninas
- Hospital
- Amigas

El hecho de que 3 de las 5 fuentes son entidades e iniciativas del MINSA sugiere que el nivel de confianza en el sistema de salud es bastante alto por parte de las adolescentes. Las otras fuentes de información son fuentes primarias femeninas, lo cual implica la importancia de abordar estos temas no solo con adolescentes sino con mujeres de todas edades.

## **BUENAS PRÁCTICAS EN LA EJECUCION DE INICIATIVAS**

En general hay muchas fortalezas que el MINSA tiene en la implementación de las iniciativas mencionadas que positivamente afectan a la situación de salud de los adolescentes. La cobertura de servicios que provee el MINSA a la población de Jinotega y de todo el país es más amplia que cualquier otra institución pública o privada, lo cual es una ventaja a la hora de la disseminación de servicios. Numéricamente, los mensajes de salud hacia los adolescentes van a llegar a un porcentaje más grande dado la estandarización de programas desde el nivel central.

Los resultados de este estudio sugieren que en la ejecución de iniciativas en SSR para disminuir los embarazos en adolescentes tiene las siguientes fortalezas:

- **ONG**

La integración de ONGs es un componente necesario para el éxito del MINSA. El enfoque de estas organizaciones está en la calidad de los servicios, y a veces cuentan con más recursos que el mismo MINSA para ciertos temas. Si una ONG especializa en algún tema específico que tiene ver con SSR de adolescentes o embarazos en adolescentes, la cooperación de las dos entidades es crítica para el abordaje completo de la temática.

Basado en las iniciativas mencionadas, todas las que eran promovidas por ONGs fueron reconocidas por la demanda lo cual indica un cierto grado de éxito según los criterios de este estudio.

- **Edad**

La población meta de las iniciativas siempre está dentro de los rangos de edades esperados; entre 15 y 19 años de edad. Esto implica que no se están desviando los recursos destinados específicamente para iniciativas en SSR a los adolescentes a otros sectores de la población.

- **Tecnología**

Los nuevos avances de la tecnología han sido identificados como una manera muy efectiva para comunicar mensajes en SSR. Los adolescentes en general utilizan la tecnología en todos aspectos de la vida y se han agilizado en el uso de los aparatos más complicados. La integración del uso de videos, data show, y programas de radio y televisión pretende aprovechar esta habilidad de los adolescentes para la comunicación de temas de interés al MINSA.

- **Participación**

Muchas de las iniciativas mencionadas tienen un componente participativo, lo cual implica una mejor de comunicación de los mensajes hacia los adolescentes. Lo más que ellos se empapen de los temas y se involucren en el desarrollo de las mismas iniciativas, más oportunidades hay para divulgar la información a una red más grande de adolescentes.

- **Recursos Humanos**

La disponibilidad de los trabajadores de salud como recursos para los adolescentes es una fortaleza inestimable para el MINSA. Un recurso humano dedicado al sector poblacional de adolescentes es crucial para implementar una conglomeración de iniciativas y programas, sin cual sería imposible.

La confianza que los adolescentes tienen en el personal del MINSA en los puestos/centros de salud es un componente clave para que entren a conversaciones en el tema de SSR fácilmente y sin vergüenza. Con los trabajadores de salud siendo un primer contacto para los adolescentes en las unidades de salud, existe la oportunidad de abrir puertas a otros servicios de salud necesarios.

## LECCIONES APRENDIDAS EN LA EJECUCIÓN DE INICIATIVAS

Los grupos focales con las adolescentes y entrevistas con los RA en los municipios ayudaron a identificar factores para el desarrollo y mejora de la entrega de los servicios a los adolescentes al nivel municipal y nacional. El siguiente capítulo detalla algunos de los obstáculos y limitaciones expresados en la ejecución de estas iniciativas y algunos aportes de la misma demanda para el perfeccionamiento de estos programas en el futuro.

### **Brechas indicadas**

Mientras este estudio no era diseñado como un análisis de brecha, la demanda identificó brechas en la entrega de los servicios incluyendo las siguientes:

#### **PROVEEDORES:**

- **Movilización**

De todos los RA entrevistados, 5 de 7 mencionaron la falta de un carro y el combustible disponible para visitas seguidas a los colegios y actividades organizadas. Muchos mencionaron que los carros de los centros de salud se priorizan para traslados de pacientes y personal, lo cual complica la coordinación para el buen seguimiento a las iniciativas en SSR para adolescentes.

La falta de moverse también es una barrera para la implementación de estas iniciativas en las áreas rurales. Por no perder recursos los RA mantienen las actividades en los cascos urbanos cuando a veces más de la mitad de la población vive en las zonas rurales y alejadas.

- **Tiempo**

Los RA son gobernados por horarios para cumplir ciertas metas en un tiempo determinado. Por tratar de cumplir con estas metas en el tiempo determinado, muchos expresaron su desilusión con la baja calidad de los programas. Tomando en cuenta las barreras en la falta de coordinación, muchas veces están planificando estos eventos de una forma apurada solo para alcanzar los números esperados. Por esta razón también se implementan estas iniciativas

solo en las zonas urbanas, para no perder tiempo viajando hacia los áreas más alejadas.

Para la coordinación de estas iniciativas, los RA expresaron una falta de apoyo de (i) los padres de familia, (ii) los maestros de los colegios y (iii) el mismo centro de salud. La cooperación entre actores claves para la comunicación de estos temas no es uniforme, y dependen mucho en la “improvisación.”

- **Espacio**

En las iniciativas con una atención más personalizada a los adolescentes, los RA expresaban el deseo para un espacio adecuado para la atención clínica a los jóvenes. Mucha pena de un adolescente viene de una falta de confianza y el miedo de que todos se den cuenta de su problema. Una atención confidencial y privada a ese sector de la población no es posible sin un espacio específicamente apropiado para los adolescentes en las unidades de salud.

- **Personal**

La falta de personal en sí no era una barrera específica, sino la falta de personal de la edad adecuada. Fue algo reconocido por los proveedores de servicios igual como la demanda que “MINSA no cuenta con adolescentes para tratar a otros adolescentes, se sienten bien con alguien de su misma edad.” La inseguridad de varios de los RA es que por ser mayor, los adolescentes no los tomen en serio o que no capturen la temática igual como tomarían en cuenta alguien de su misma edad.

## **DEMANDA**

- **Frecuencia**

En todos los grupos focales mencionaron una insatisfacción con la frecuencia de la entrega de los servicios por parte de los proveedores. Independientemente de la percepción de la actividad o evento, expresaron que la realización de estas iniciativas de una forma más seguida sería una buena forma de establecer una mejor relación y confianza entre la demanda y los trabajadores de salud.

- **Variedad**

Muchas adolescentes hablaron de sus inquietudes acerca de la falta de variedad en las actividades ejecutadas en las iniciativas en SSR. Según ellas, charlas con interesantes pero se aburren fácilmente y los que no quieren escuchar no son obligados a participar ni fingir interés. Una variedad de actividades involucrando a los adolescentes es necesario para poder abrirse y hablar/opinar de estos temas.

También hablan de variedad en la dispersión de información – no solo a los colegios públicos sino a los colegios privados también. Las muchachas que participaron que asistían a los colegios privados sentían olvidadas por algunas de las iniciativas que no se han implementadas en sus escuelas pero enfatizaban la importancia de la distribución de esta información a todos los adolescentes.

- **Aclaración**

En el momento de impartir las iniciativas las adolescentes expresaron interés en conocer los temas más al fondo. Para poder aplicar los conocimientos en SSR en sus vidas diarias de una forma más eficaz, es crucial que los proveedores de servicios expliquen bien los temas para que no haya confusión en la aplicación de conocimiento.

Esto aplica especialmente a los temas de planificación familiar dado que muchas veces los adolescentes utilizan la información de estas iniciativas sin buscar un profesional de salud para aprender más del uso de ciertos métodos.

- **Confidencialidad**

En los grupos focales hablaron del romper de confianza entre los padres e hijos. Muchos de los proveedores de salud buscan a los adolescentes en sus casas para compartir mensajes o convocarlos para reuniones sin guardar confianza. Con el poder de decidir cuales cosas quieren compartir con sus padres, los adolescentes se sienten más capaces de buscar ayuda institucional para sus problemas.

## IX. CONCLUSIONES

Los resultados proporcionan evidencia cualitativa preliminar que indica que la entrega de iniciativas en SSR a adolescentes es considerado aceptable y cualitativamente efectivo. Se notaba una correlación extraordinario entre el contenido, objetivos e impacto de las iniciativas de ambos lados, de los proveedores de servicios igual como le demanda. Esto implica una entrega exitosa de las iniciativas en la mayoría de los municipios estudiados; (i) buena participación e involucramiento positivo de los adolescentes, (ii) retos en la distribución de estas iniciativas de una forma seguida, (iii) aceptación de las intervenciones en SSR, e (iv) interés en la aplicación de conocimientos nuevos en SSR por parte de la demanda.

Las adolescentes embarazadas y no embarazadas apoyan a la visión del MINSA en bajar embarazos en adolescentes por medio de las iniciativas identificadas demostrando su interés por medio de organización escolar e inter-organizacional. El nivel de interés en estos temas es bastante fuerte evidenciada por la cantidad y variedad de iniciativas identificadas aunque sean implementadas por el MINSA o los mismos adolescentes. La evidencia cualitativa sugiere que la capacitación de los mismos adolescentes y una incorporación profunda de estos jóvenes en la implementación de estas iniciativas es clave para la captura de estos conocimientos y su promulgación a los demás.

Aunque hubiera una percepción positiva por ambos lados en la entrega de estos servicios, existían un sin número de retos y debilidades para poder mejorar los servicios para un sostenible futuro. Este estudio identificó varias oportunidades para fortalecer recursos institucionales en el tema de SSR; apoyo institucional a los trabajadores de salud (específicamente los RA) incluyendo mejor coordinación entre actores claves (maestros, padres de familia, SILAIS), facilitar recursos materiales y humanos para mejor impacto a los adolescentes (movilización, combustible, parlantes, adolescentes cooperadores), y seguimiento seguido (evaluaciones seguidas, mesas redondas, lluvias de ideas). Este estudio también identificó la necesidad de ampliar recursos para la atención adecuada a la población rural para englobar toda la población adolescente en el departamento de Jinotega.

En resumen los hallazgos indican que las iniciativas en SSR tienen un valor indispensable en la comunicación de estos temas a la población adolescente; los resultados sugiriendo mejoras para una perfección en la entrega y promulgación de esta información.

## **X. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS**

Basado en los hallazgos del estudio se identificaron 5 recomendaciones para el desarrollo y mejora de las iniciativas en SSR:

### **1. Integrar un mejor sistema de evaluación y seguimiento participativo**

Muchas veces los límites de tiempo y coordinación hacen que el proceso de evaluación para determinar el impacto y recepción de estos temas por la población meta sea poco o no existente. Las buenas relaciones entre los RA y los coordinadores del SILAIS deberían de ser fortalecidas con encuentros seguidos para la evaluación de las varias iniciativas implementadas en SSR dado la complejidad de objetivos y contenido de ellas. Los mismos adolescentes (mujeres y varones) pueden aprobar la efectividad de estas iniciativas reuniéndose con los proveedores de salud y haciendo evaluaciones para descartar iniciativas no efectivas o fortalecer las que consideran exitosas.

### **2. Explorar maneras de aumentar participación de los adolescentes**

Oportunidades amplias existen para la integración de la demanda en la planificación y ejecución de estas iniciativas incluyendo las siguientes:

(i) Desarrollar y apoyar a grupos formados como las Redes de Jóvenes y Ligas del Saber dentro de los colegios públicos y privados para la promulgación de información entre los mismos adolescentes.

(ii) Buscar como reclutar y capacitar jóvenes líderes para ayudar en la distribución de información de esta temática, aumentando la cantidad de colaboradores trabajando con el MINSA y sostener un número de personal adecuado para la comunicación de información en SSR. Involucramiento de estos jóvenes también aumentaría la credibilidad del MINSA con los adolescentes, fomentando una integración de los jóvenes con el sistema de salud.

(iii) Promover espacios públicos incluyendo los medios de radio y televisión para la comunicación de estos temas a la población general. Apoyo institucional en la solicitud de espacios públicos podría incentivar a los jóvenes aprender mejor los temas de SSR para comunicarlos a sus iguales de forma dinámica e interesante.

### **3. Mejor distribución de recursos a los RA**

Los RA identificaron un reto en el número de recursos limitados disponibles para la implementación de estas iniciativas. Es importante notar que la debilidad no necesariamente está en la falta de personal sino el apoyo institucional del mismo MINSA a estos actores claves. En la planificación de distribución de recursos en los programas de salud, los RA necesitarían un mayor rango de recursos a su disponibilidad para efectivamente ejecutar estas iniciativas.

### **4. Priorizar a los adolescentes al nivel comunitario**

El MINSA incluye a los adolescentes en su visión para mejorar la salud en el país englobando a ese sector de la población en el departamento de AIMNA al nivel departamental. Entre las tres entidades (mujeres, adolescentes y niños), los adolescentes forman parte de la nueva generación y una oportunidad promover estos temas de SSR de una forma dinámica y efectiva, y son los que tiene más interés en compartir estos temas con sus compañeros. Más al nivel comunitario dónde hay menos empleo y tasas más altas de embarazos en adolescentes, la movilización de estos jóvenes sería algo provechoso para todos. Capacitando a los recursos humanos de la salud en las comunidades, o formando una red al nivel comunitario específicamente de adolescentes capacitada por MINSA podría aumentar la credibilidad de MINSA en las zonas rurales.

## **5. Fortalecer relaciones entre MINSA y los padres de familia**

Dado las limitaciones de trabajar con adolescentes que son menores de edad y dependen mucho de sus padres, desarrollar una relación u organizar a los padres de familia para que apoyen a sus hijos/as adolescentes. Fomentando mensajes en SSR de una forma entendible y respetuoso hacía los padres de familia permitiría que sus hijos/as os participen en actividades en el temática de SSR sin miedo y para que puedan comunicar abiertamente con sus papas sus problemas e inquietudes.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Andino, Ricardo. Fundación para el desarrollo de la juventud. Éxodo: La situación de la Juventud Rural en Nicaragua. Managua: Intermón Oxfam / MS - CA Dinamarca, 2007. Print.
2. Bossert, Thomas, Diana Bowser, and Leonor Corea. "Studies of Decentralization of the Health System in Nicaragua: Final Report." . Harvard School of Public Health, Sept. Web. 14 Mar. 2013. <[http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/lac/Decentralization FinalReport10English.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/lac/Decentralization%20FinalReport10English.pdf)>.
3. Brady, Michael K., and J. Joseph Kronin Jr. "Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach." *The Journal of Marketing* 65.3 (2010): 34-49. Web. 13 Mar. 2013.
4. Center for Disease Control (2010). Audience Insights: Communicating to Teens (Aged 12-17). Disponible a: [http://www.cdc.gov/healthcommunication/Audience/Audience Insight\\_teens.pdf](http://www.cdc.gov/healthcommunication/Audience/Audience%20Insight_teens.pdf)
5. Conde-Agudelo, Agustin, José M. Belizán, and Christina Lammers. "Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-Sectional Study." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192. (2005): 342-9. Print.
6. Hansen, N.F., "Documento Sistematización Consejo Consultivo de Jóvenes y Adolescentes." Ministerio de Salud de Chile. 2011. Web. 3 Mar. 2013
7. Llinares, Lucia, María Ángeles Molpeceres Pastor, and Gonzalo Musitu Ochoa. "La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelacionales en la adolescencia. ." *Anales de psicología*. 17.2 (2001): 189-200. Print.
8. Ministerio de Salud. *Plan Plurianual de Salud 2011-2015*. Managua: 68. 2011. Print.
9. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil*. Managua: 2004. Print.
10. Ministerio de Salud. *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Managua: 2008. Print.

11. Ministerio de Salud. *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07*. Managua: 2007. Print.
12. Quintero, F., Pacheco, C.I., *PARTICIPAR PARA PREVENIR: Sistematización de la Experiencia de los Consejos de Adolescentes y Jóvenes para la Prevención del Embarazo Adolescente No Planificado*. Organización Iboamericana de Jóvenes. Madrid: 2012. Web.24 Abr. 2013.
13. Rueda, J.R. *Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2005. Informe nº: Osteba D-05-04.
14. Soo Lee, Mary Huang. "Case study, Malaysia: communication and advocacy strategies adolescent reproductive and sexual health." UNFPA, 1999. Web. 13 Mar. 2013.

# ANEXOS

## ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Descriptor	Dimensión	Definición	Valor	Escala
1.) Capacitaciones y su contenido en SSR enfocado en la prevención de embarazo.	a. Participación	# de personas asistentes	N/A	Discreta
	b. Contenido	Temas tocados	N/A	Nominal
	c. Frecuencia	Capacitaciones por año	N/A	Nominal
	d. Impacto	Percepción de impacto	N/A	Nominal
2.) Educación en planificación familiar y métodos anti-conceptivos.	a. Utilidad	Percepción de utilidad	N/A	Nominal
	b. Tipo de anti-conceptivo	Tipo de método enfatizado	Condomes T de Cobre Piladora Inyección Abstinencia Otras	Nominal
3.) Comunicación y promoción por medios locales.	a. Variación	Tipo de método utilizado	Radio Periódico Internet Mensajito Folletos Parlantes	Nominal
	b. Alcance	# de adolescentes alcanzados	N/A	Discreta
4.) Comunicación directa en la forma de aconsejaría y consultas.	a. Atención	# de personal en la región accesible por los adolescentes	N/A	Discreta
	b. Visitas a las unidades de salud	# de consultas por los adolescentes	N/A	Discreta
5.) Cobertura de programas.	a. Participación	# de adolescentes actualmente participando	N/A	Discreta
6.) Coordinación inter-institucional.	a. Participación de otros organismos	# de alianzas	N/A	Discreta
		Grado de cooperación	100% 76-99% 51-75% 26-50% 0-25%	Ordinal
	b. Responsabilidades delegadas	Recursos proveídos por los otros organismos	Transporte Encomienda Recursos didácticos Tecnología Capacitación	Nominal

<b>Descriptor</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
7.) Participación de ONGs.	a. Cobertura	# de adolescentes involucrados en sus programas	N/A	Discreta
	b. Cooperación	Nivel de cooperación	Bastante cooperativos Mas o menos cooperativos No muy cooperativos No cooperativos	Nominal
		% Actividades reportadas al MINSA	100% 76-99% 51-75% 26-50% 0-25%	Ordinal
		Percepción de participación	Positiva Negativa	Nominal
8.) Coordinación inter-comunitaria.	a. Cooperación	Disponibilidad de trabajadores comunitarios	N/A	Nominal
		Ventajas y desventajas de ayuda comunitaria	N/A	Nominal
	b. Cumplimiento	Cumplimiento con metas y objetivos establecidos	100% 76-99% 51-75% 26-50% 0-25%	Ordinal
9.) Organización juvenil y participaciones en grupos	a. Acceso	# de organizaciones juveniles en áreas rurales	N/A	Discreta
	b. Participación	# jóvenes involucrados en estas organizaciones	N/A	Discreta
		% de participantes de son de áreas rurales	100% 76-99% 51-75% 26-50% 0-25%	Ordinal
	c. Diversidad	Diversidad de programas según necesidades de adolescentes	N/A	Nominal

<b>Descriptor</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor</b>	<b>Escala</b>
10.) Cantidad de adolescentes líderes capacitados en temas de SSR.	a. Participación	% de participantes de son de áreas rurales	100% 76-99% 51-75% 26-50% 0-25%	Ordinal
	b. Mantenimiento	Frecuencia de capacitaciones	1 por año 2 por año 3 por año 4 o más por año	Ordinal
		Aplicación de sus conocimientos	N/A	Nominal
11.) Porcentaje de embarazos en adolescentes en las áreas rurales	a. Aplicación de conocimientos	% de todos los embarazos que pertenecen a las áreas rurales	N/A	Discreta

## ANEXO 2 CLASIFICACIÓN DE INICIATIVAS

Tabla 1.1. Iniciativas separadas por categoría (proveedores)

Categoría	# de iniciativas
Salud sexual y reproductiva	26
Otros temas	2
Capacitaciones	2
Salud general	10
Estilos de vida saludables	8
Deportes	1
<b>Total</b>	<b>49</b>

Tabla 1.2. Iniciativas de MINSA por municipio especificadas por los proveedores y la demanda

Nombre de iniciativa	# de iniciativas mencionadas (proveedores)	# de iniciativas mencionadas (demanda)
Charla Salud Sexual y Reproductiva	5	2
Video Foros	7	0
Preguntas abiertas a los adolescentes	1	0
Reunión con Red de Jóvenes	1	1
Participación en programas en MINSA	1	0
Consejerías dirigidas	2	0
Capacitación sobre diferentes métodos de planificación familiar	1	0
Entrega de preservativos a promotores de la CAMAJ, Alcaldía Jinotega	1	0
Estrategia "Familias Fuertes" prevención de conductas de riesgo en adolescentes	1	0
Charla sobre planificación familiar a adolescentes embarazadas estudiantes del INBZ	1	0
Formación de líderes en escuelas públicas y privadas	1	0
Charla a grupo de adolescentes del círculo de amigas sobre planificación familiar	1	1
Charla radial sobre prevención de embarazos en adolescentes	1	1
Club adolescentes y jóvenes	1	0
Capacitación de Capacitadores Locales en SSR	2	0

Feria VIH	1	0
<b>Nombre de iniciativa</b>	<b># de iniciativas mencionadas (proveedores)</b>	<b># de iniciativas mencionadas (demanda)</b>
Apoyo en trabajo documentales en las escuelas e institutos sobre temas de salud	1	0
Foro de Adolescentes Intermunicipal	1	0
Apoyo a la medicación y las emergencias sanitarias (patio limpio)	1	0
Foros en las escuelas sobre ITS/VIH/PF y embarazo	1	0
Fashion show en VIH/SIDA	1	0
Registro sistemático de las atenciones brindadas en la unidad de salud	1	0
Promover el servicio de salud para adolescente	1	0
Coordinar trabajo con los maestros de consejería escolar	1	0
Distribución de preservativos en ferias municipales	1	0
Entrega de volantes en planificación familiar, VIH e ITS	1	0
Se ha implementado ferias de salud en las comunidades	1	0
Captación de embarazos adolescentes	1	0
Acogida de adolescentes	1	0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>5</b>

**Tabla 1.3. Iniciativas de instituciones privadas por municipio especificadas por los proveedores y la demanda**

<b>Nombre de iniciativa</b>	<b># de iniciativas mencionadas (proveedores)</b>	<b># de iniciativas mencionadas (demanda)</b>
Ligas de CRS	1	1
Ligas de saber	1	1
Young Life	1	1
Casa de la mujer	1	1
Clubs de adolescentes	1	1
Obras de teatro	1	1
Campamento	1	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>7</b>

## ANEXO 3 GUÍA DEL GRUPO FOCAL

**Título del instrumento: Guía de dialogo: Grupo focal 1: Evaluación de iniciativas**

**Total de tiempo requerido de participantes: 1 hora+15 minutos – 1 hora+55 minutos**

Total tiempo del grupo focal: 1 hora+15 minutos – 1 hora+55 minutos

Receso: 0 minutos

### OBJETIVOS DEL GRUPO FOCAL Y PREGUNTAS QUE RESPONDER

El propósito de este estudio es conducir una investigación evaluativa cualitativa para:

- Elaborar una lista de las iniciativas para la prevención de embarazos en adolescentes por municipio.
- Una vez identificadas las iniciativas, captar la percepción de los éxitos y debilidades en la implementación de tales iniciativas.

---

*Lo que sigue es una guía para el manejo del grupo focal. El contenido está sujeto a cambios que sugerirán en el transcurso del encuentro.*

*Los participantes completarán un diagnóstico de las iniciativas en sus municipios antes de comenzar el grupo focal, lo cual se usará como base para la preguntas del estudio.*

*Antes de comenzar, realice el proceso de consentimiento.*

#### **I. Introducción (10 m)**

- Dar la bienvenida a los participantes y presentarse.
- Explicar el propósito general del dialogo y el proceso de la selección de los participantes.
- Discutir el propósito y proceso de grupos focales.
- Explicar la presencia y propósito de equipamiento de grabación y presentar los observadores.
- Explicar reglas básicas tal como sólo una persona hablando a la vez, el hablar fuerte, y ser preparados para las interrupciones del moderador para asegurar que se tocan todos los temas.
- Revisar el horario y la ubicación de los baños.
- Tocar el tema de confidencialidad.
- Informar el grupo que la información recopilada será analizada en su totalidad y que no se utilizarán los nombres de los participantes.
- Leer un resumen del protocolo a los participantes.

*Este estudio ha sido diseñado para la identificación de las ofertas (o iniciativas), la valoración de tales iniciativas por los mismos trabajadores de salud y la percepción de los usuarios adolescentes en la prevención de embarazos en adolescentes en el municipio de Jinotega.*

*Jinotega es el departamento de la región central pacífico con la mayor tasa de embarazos en adolescentes y uno de 4 departamentos en que adolescentes constituyen una tercera parte de las muertes maternas (OPS, 2008). En el país de Nicaragua, bajar la tasa de fecundidad de los adolescentes ha sido una prioridad en el campo de salud sexual y reproductiva dado el riesgo mayor de la muerte debido a complicaciones obstétricas en este grupo de edad.*

*Con la meta de bajar la tasa de fecundidad en los adolescentes, el Ministerio de Salud en Jinotega ha tomado en cuenta varias estrategias e iniciativas según las necesidades de la región. Para mejorar el alcance y eficiencia de tales intervenciones y alcanzar la meta de bajar la tasa de fecundidad en adolescentes en Jinotega, es necesario identificar las buenas prácticas y los éxitos en el abordaje del tema de prevención del embarazo.*

### **Pautas del Dialogo:**

*Nos gustaría que este dialogo sea informal, así que no hay necesidad que nos pida permiso para hablar. En realidad, queremos que ustedes respondan directamente a los comentarios de los demás compañeros. Si no entiendan alguna pregunta, déjenos saber. Estamos aquí para preguntar, escuchar, y asegurarnos que todos tengan la oportunidad compartir.*

*Si no atascamos en un tema no relevante, es posible que les interrumamos y si no está hablando, puede ser que les animaremos para hablar. Cuando esto sucede, no se sientan mal, es nuestra forma de asegurarnos que obtengamos las perspectivas y opiniones de todos.*

*Esperamos que tengan la confianza hablar de forma abierta y sincera.*

*Estaremos grabando esta sesión de dialogo porque no queremos perder ninguno de sus comentarios. Nadie más afuera de esta sala de conferencia tendrá acceso a esta información y destruiremos estas grabaciones después del análisis final está elaborado.*

*Comencemos. Presentémonos con nuestros nombres, puestos de trabajo, y municipio. Yo comenzaré.*

## **II. Éxitos de las iniciativas actuales (50-90 minutos)**

### **El moderador explicará:**

*Estamos convocados aquí hoy para valorar las iniciativas en la prevención del embarazo del adolescente que ustedes me han definido en el diagnóstico inicial. No estamos aquí para comparar los logros de cada municipio con los otros, sino hablar de los éxitos generales en el abordaje del tema de prevención de embarazos en adolescentes. Sus opiniones y aportes acerca de cada iniciativa en sus municipios serán evaluadas en la entrevista estructurada, la cual será elaborada más adelante a cada uno de ustedes.*

*El objetivo de este grupo focal será comparar las iniciativas actuales en cada municipio que han o no tenido éxito en la prevención de embarazos en adolescentes. Si hay alguna confusión durante el dialogo acerca de su relevancia, lo discutiremos y luego seguiremos.*

## **III. ¡Iniciemos!**

- La primera pregunta:

*Hoy estamos aquí para hablar de las iniciativas en la prevención del embarazo en el adolescente. Explíquenme porque ustedes consideran la iniciativa llamada “\_\_\_\_\_” exitosa.*

- El grupo comentará en la primera iniciativa. Intente mencionar iniciativas que se están realizando en varios municipios para que muchos puedan opinar.
- Si varios desconocen una iniciativa mencionada, pida que el responsable de ese municipio la explique.
- La segunda pregunta:
  - *Explíqueme porque ustedes dicen que no ha sido exitosa la iniciativa “\_\_\_\_\_.”*
- La tercera pregunta:
  - *¿Cuáles iniciativas han sido las más exitosas específicamente en la prevención del embarazo del adolescente y porque?*
- La cuarta pregunta:
  - *¿Qué considerarían que sea el obstáculo más grande en la implementación de iniciativas para la prevención de embarazos en los adolescentes?*

*Lo siguiente es una lista de pautas para la generación de dialogo. La lista explora varios temas que también se elaborará más detalladamente en la entrevista individual: categoría y enfoque de las iniciativas, contenido, efectividad, impacto y sostenibilidad.*

#### **IV. Temas para exploración del grupo:**

##### **A. Categoría y enfoque**

- Método de comunicación/publicidad a los adolescentes.
- Objetivos principales y secundarios de la iniciativa.
- Clase de categoría (salud sexual y reproductiva, salud general, estilos de vida saludables, deportes, capacitaciones en habilidades técnicas y otras)
- Participantes esperados incluyendo edad, región geográfica y sexo.

##### **B. Contenido**

- Resultados esperados
- Actividades principales de las iniciativas.
- Proporciones de actividades/dinámicas/contenido del tema central.

### C. Efectividad

- Participación (diversidad, sexo, área geográfica etc.)
- Participación de otros organismos o ONG
- Cumplimiento con los objetivos.
- Percepción de cumplimiento de los resultados establecidos.
- Captura de la temática de los adolescentes.
- Aplicación de la temática por los adolescentes.
- Efecto en bajar la tasa de fecundidad en adolescentes.

### D. Impacto

- Número de adolescentes afectados por la iniciativa.
- Transmisión del mensaje a otros adolescentes no asistentes.

### E. Sostenibilidad

- Rentabilidad de las iniciativas (resultados proporcional al costo)
- Mantenimiento y seguimiento de los temas abordados.
- Monitoreo y evaluación de los programas por el MINSA.
- Utilización efectiva de recursos (financiamiento, personal, materiales etc.)

### V. Cierre (10 m)

- Comentarios de cierre.
- Dar gracias a los participantes.
- Arreglar compensación con los participantes.

# ANEXO 4 ENTREVISTA ESTRUCTURADA A LOS RA

## INVENTARIO DE INICIATIVAS EN LA PREVENCIÓN DE EMABRAZOS EN ADOLESCENTES

Su puesto en el centro de salud

Municipio/Depto.

 / 

Nombre de iniciativa:

<p><b>A. Categoría de intervención</b> (Vea códigos abajo)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p>b. ¿Participaron otros organismos/instituciones?</p> <p>_____</p>
<p><b>B. Duración de intervención</b> (Del comienzo hasta el fin)</p> <p>_____</p>	<p>c. ¿Cree que cumplieron con los objetivos originales?</p> <p>_____</p>
<p><b>C. Estatus de la intervención</b></p> <p>_____ Completada _____ En Curso</p>	<p>d. ¿Cómo percibió la captura de la temática por los adolescentes?</p> <p>_____</p>
<p><b>D. Objetivos:</b></p> <p>a. Objetivo Principal:</p> <p>_____</p> <p>b. Objetivo Secundario:</p> <p>_____</p> <p>c. ¿Antes de comenzar, cuáles eran los resultados esperados?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>e. ¿Cuáles eran las debilidades de esta iniciativa? ¿A qué contribuirían esas debilidades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>E. Contenido:</b></p> <p>a. ¿Qué rango de edades asistentes esperaban?</p> <p>_____</p> <p>b. ¿De qué área geográfica esperaban que fueran los participantes?</p> <p>_____</p> <p>c. ¿Cuáles eran las actividades principales de la iniciativa?</p> <p>_____</p> <p>d. ¿Cómo percibió la participación de los adolescentes en esas actividades?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>f. ¿Usted cree que esta iniciativa es/has sido efectiva en bajar tasa de fecundidad de adolescentes en su municipio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>F. Frecuencia:</b></p> <p>a. Horas dedicados a cada encuentro _____</p> <p>b. Frecuencia de encuentros/sesiones: _____</p>	<p><b>I. ¿Qué será el impacto de esta intervención?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>G. Financiamiento:</b></p> <p>a. Fuentes de financiamiento:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>J. Sostenibilidad</b></p> <p>a. Describame la rentabilidad (resultados proporcional al costo) de esta iniciativa</p> <p>_____</p> <p>b. Describame sus percepciones del seguimiento. ¿Ha sido suficiente el seguimiento? ¿Existen fondos para seguir implementando la iniciativa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>c. Describame el proceso de evaluación después de completar la iniciativa.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>H. Indicadores de efectividad:</b></p> <p>a. ¿Describa un perfil de los que participaron incluyendo sexo predominante, área geográfica de participantes, edades predominantes etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Códigos para Temática:</b></p> <p>SSR = Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>SG = Salud general</p> </div>

<b>EVS</b> = Estilos de vida saludables <b>DEP</b> = Deportes <b>CAP</b> = Capacitación en habilidades técnicas <b>OTR</b> = Otras
---

5 subcategorías para la elaboración del inventario: categoría, contenido, efectividad, impacto, y sostenibilidad

**Definiciones:**

Captar: Percibir por medio de los sentidos o de la inteligencia, percatarse, comprender.

Cumplimiento: Perfección en el modo de obrar o de hacer algo.

Efectividad: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera.

Frecuencia: Número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo.

Duración: Tiempo que dura algo o que transcurre entre el comienzo y el fin de un proceso.

Indicador: Una unidad de análisis compuesta por varios variables.

Intervención: Cualquier injerencia de los asuntos de los demás, especialmente por un estado en los asuntos de otro; Acción y efecto de intervenir.

Mantenimiento: Un proceso de proseguir en lo que se está ejecutando.

Objetivo: Punto o zona que se pretende alcanzar como resultado de una estrategia u operación

Rentabilidad: Un índice que mide la relación entre utilidades o beneficios, y la inversión o los recursos que se utilizaron para obtenerlos.

Resultado: Efecto y consecuencia de un hecho, operación o deliberación.

Sostenible: Dicho de un proceso: Que puede mantenerse por sí mismo, como lo hace, p. ej., un desarrollo económico sin ayuda exterior ni merma de los recursos existentes.

## **ANEXO 4 USO DEL PROGRAMA “WEFT QDA”**

El programa de WEFT QDA ofrece un conjunto de posibilidades para trabajar con documentos de texto, se hace posible pensar y generalizar a partir de los datos, sin partir de hipótesis previas. La siguiente lista resume algunas situaciones en las que Weft QDA puede ser especialmente apropiado:

- Importa documentos con formato de texto o PDF
- "Codifica y recupera" el documento de texto con diferentes categorías
- Adjunta y permite la actualización de notas a categorías y documentos
- Búsqueda de texto libre y búsquedas booleanas
- Provee estadísticas de la Codificación y tabulaciones cruzadas simples
- Exportación del texto y los números para la navegación y un nuevo análisis
- Un solo formato de archivo de proyecto (\*.QDP)

Lo siguiente son razones para elegir Weft QDA para análisis de información cualitativa:

- No puede o no quiere pagar por el software comercial CAQDAS

Los programas CAQDAS de software comercial son caros, realmente fuera del alcance de muchos estudiantes e investigadores, que de otro modo, podrían utilizarlos. Se puede estar paralizado por dificultades de acceso a las versiones con licencia restrictiva, que se venden por altos precios. Weft QDA está disponible completamente gratis o, más bien, sin restricciones de orden comercial. No siempre lo gratuito es digno de ser amado.

- Busca facilidad de uso

Weft QDA es fácil de utilizar en comparación con otros paquetes CAQDAS. Esto en parte se debe a que se propone simplificar en todo lo posible, concentrándose en un sólido conjunto de características basadas en la codificación y recuperación. Sin embargo, también es fácil de utilizar porque utiliza moderna plataforma estándar para los controles, las acciones y el manejo de ventanas, y se esfuerza por evitar la irritante idiosincrasia común en el comercio de los CAQDAS.

- Usted está utilizando software de análisis cualitativo de datos por primera vez

Weft QDA viene con una completa documentación de usuario. Está especialmente dirigido a aquellos que tienen una familiaridad con el software de escritorio, pero sin experiencia previa de la utilización de herramientas de análisis de datos cualitativos.

- Usted está dedicado a la enseñanza de análisis de datos cualitativos

Weft QDA es ideal para la introducción de algunos enfoques comunes y prácticos sobre CAQDAS a los estudiantes que no hayan utilizado anteriormente este tipo de software. Weft QDA está libremente disponible, lo que significa que los estudiantes pueden descargar y utilizar el software fuera del aula o sesiones laboratorio de computación.