

INFORME 2018

Observatorio de
Derechos Sexuales y
Derechos Reproductivos.



en apoyo a:



Informe 2018

Observatorio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

La elaboración y publicación de este informe ha contado con la asistencia técnica y financiera de la Unión Europea, Health Poverty Action y Christian Aid. El contenido es responsabilidad exclusiva de ORMUSA.

Elaboración:

Vilma Margarita Vaquerano

Coordinación:

Jeannette Urquilla

Directora Ejecutiva, ORMUSA

Equipo de Programa:

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para una ciudadanía
Inclusiva:

Loida Eunice Carranza

Mayra Karina Bolaños

Marcos Ignacio Molina

Alejandro Ramírez Rivas

Xibeny Jeannette Vargas

Karen Georgina Aldana

Edición:

Jeannette Urquilla

Jorge Vargas Méndez

Diagramación e impresión:

Impresos Continental, S.A. de C.V.

San Salvador, El Salvador, Centro América.

Se autoriza el uso de la información aquí contenida siempre y cuando se haga la respectiva cita de fuente.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 4 |
| 1. Derecho al respeto a la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales..... | 6 |
| 1.1. Embarazo adolescente | 6 |
| 1.2. Violencia por razones de género..... | 11 |
| 1.3. Violencia obstétrica | 11 |
| 2. Salud reproductiva..... | 16 |
| 2.1 Mortalidad materna..... | 16 |
| 2.2 Interrupción del embarazo | 18 |
| 2.3 Métodos anticonceptivos..... | 19 |
| 3. Educación Integral en Sexualidad..... | 21 |
| 3.1. Capacitación docente | 21 |
| 3.2. Estudiantes embarazadas..... | 23 |
| 4. Salud sexual..... | 24 |
| Situación de VIH | 24 |
| 5. A manera de síntesis..... | 30 |
| 6. Anexos | 32 |
| Algunos indicadores de salud sexual y salud reproductiva en El Salvador | |

INTRODUCCIÓN

El presente informe destaca los avances más importantes, así como las deudas pendientes por parte del Estado en el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de la población salvadoreña. Estas últimas constituyen una deuda del Estado en tanto que los derechos sexuales y derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos y, como tal, corresponde al Estado salvadoreño garantizar su cumplimiento. Sin embargo, en países como El Salvador dicho cumplimiento se encuentra cuesta arriba y ello coloca en alto relieve la vulnerabilidad de las mujeres y, en particular, de niñas y adolescentes ante la oleada de violencia sexual que cotidianamente se ejerce contra ellas y que en las últimas décadas alcanza índices alarmantes, incluso al interior de los centros escolares. Para ilustrar esto último, basta con echar un vistazo a las noticias periodísticas más recientes para encontrar casos como la de una estudiante cuyo docente la encerraba pretextando aplicarle una evaluación cuando en realidad lo hacía para obligarla a observarlo cómo se auto-complacía sexualmente (LPG, 7 de diciembre, 2018, p. 82). Dicho caso, constituye una forma de agresión que a menudo pasa a la violencia física y enseguida a la violación sexual de las víctimas.

Precisamente, en el primer capítulo se consignan cifras sobre el embarazo adolescente relativas al período 2015-2018 a efectos de ilustrar la evolución de dicha problemática en el ámbito de la salud pública. También se reseñan datos sobre la violencia de género y en materia de violencia obstétrica.

En el segundo capítulo se abordan distintos indicadores de la salud reproductiva. Uno de ellos es la mortalidad materna, cuyas cifras indican una reducción significativa durante el período comprendido entre 2010 y 2017. Al respecto, se destaca como positiva la estrategia Hogares de Espera Materna. En el mismo capítulo se analiza la interrupción del embarazo desde la perspectiva del derecho salvadoreño y cómo impacta nocivamente en el goce de los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres, adolescentes y niñas. También se hace referencia al uso de

métodos anticonceptivos por parte de la población y cómo ha evolucionado la capacidad del Estado para responder a dicha demanda.

En cuanto al capítulo tercero, este contiene un análisis sobre la necesidad de que la población salvadoreña tenga acceso a una educación integral en sexualidad a través del sistema educativo nacional tutelado por el Ministerio de Educación, mencionándose que la mayor parte del esfuerzo realizado en la materia es asumido por las organizaciones de la sociedad civil lo cual hace que los resultados sean modestos.

En el capítulo cuarto se hace referencia a la salud sexual de la población salvadoreña, con énfasis en la respuesta brindada por el Estado a través del Ministerio de Salud a la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (Vih), señalándose como preocupación el incremento de casos de personas viviendo con Vih en los últimos años, así como la falta de medicamentos como resultado del atraso en los procesos de compra.

Finalmente, en el quinto capítulo se enumeran a manera de síntesis algunas valoraciones, unas positivas y otras de carácter crítico; entre las primeras, se ubican las medidas adoptadas por diferentes instituciones del Estado en torno a mejorar el cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población; y entre las segundas, la necesidad de fortalecer el marco normativo mediante la adopción de instrumentos legales como la Ley de Educación Integral en Sexualidad, la Ley de Identidad de Género y la Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Todo lo anterior, considerando que se trata de dar cumplimiento a los derechos humanos de la población salvadoreña en general y, en particular, tomando en cuenta que dada la situación de violencia que actualmente afecta al país las niñas y adolescentes presentan mayor vulnerabilidad y que las secuelas del embarazo en ellas son multidimensionales, violatorias de sus derechos humanos, y colocan en la incertidumbre sus proyectos de vida. En suma: de la respuesta positiva del Estado en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos depende el futuro de la sociedad salvadoreña.

1. Derecho al respeto a la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales

1.1. Embarazo adolescente

De acuerdo con los datos reportados por el MINSAL, los embarazos en adolescentes muestran una leve disminución en los últimos años. Como puede verse en la tabla 1 indica que desde 2015 se ha registrado una reducción de 657 embarazos en adolescentes de 10 a 14 años y de 5,054 casos entre 15 a 19 años, es decir, 5,711 embarazos en adolescentes menos para 2017 con respecto 2015. En porcentajes, esto significa una reducción del 46% en el grupo de 10 a 14 y del 21% en el grupo de 15 a 19. Lo anterior constituye desde la normativa nacional un problema de violencia sexual, que afecta el desarrollo presente y futuro para las niñas, adolescentes y jóvenes. Lo anterior además representa un costo social, económico y político para el país.

Según valoraciones del Foro Nacional de Salud, en este indicador confluyen esfuerzos gubernamentales de diversas instituciones, mediante la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027, lo cual a juicio del Foro es uno de los aspectos positivos en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos durante el período analizado; a esta se une la reforma al Código de Familia para prohibir los matrimonios infantiles, aprobada en agosto de 2017, aunque persiste el reto de abolir las uniones de hecho o uniones tempranas¹.

Dicha Estrategia ha definido tres ejes de intervención: a) Prevención; b) Protección especial, acceso a la justicia y restitución de derechos y c) Gestión del conocimiento; desarrollados en 5 objetivos estratégicos que buscan incidir en la garantía de los derechos de las niñas y las adolescentes,

¹. Entrevista a Morena Murillo, Foro Nacional de Salud, diciembre 2018.

incluyendo la mejora en sus condiciones de vida, así como el cambio de patrones socioculturales de la población salvadoreña².

El documento de la estrategia detalla que los embarazos y las uniones tempranas afectan el proyecto de vida de niñas y de adolescentes y constituyen un factor de riesgo para el cumplimiento de otros derechos, sobre todo cuando son producto de delitos sexuales. Según el Instituto de Medicina Legal (IML), 364 niñas y adolescentes quedaron embarazadas entre 2013 y 2016 a raíz de una violación o estupro; es decir, un promedio de 91 embarazos cada año³.

En este tema, también es de tomar en cuenta que diferentes organizaciones y agencias de cooperación han impulsado desde hace varios años-, intensas estrategias para prevenir el embarazo adolescente, incluyendo campañas informativas y de concientización, así como acciones de incidencia en los tres Órganos de Estado para demandar la atención debida por parte del Estado en el abordaje de esta problemática.

Tabla 1. Embarazadas por grupo de edad y año. El Salvador, período 2015 a septiembre 2018.

| Año | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | Total |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 2015 | 1,445 | 23,576 | 41,760 | 14,433 | 1,477 | 82,691 |
| 2016 | 1,171 | 20,296 | 36,571 | 12,184 | 1,302 | 71,524 |
| 2017 | 783 | 18,511 | 36,096 | 12,077 | 1,236 | 68,703 |
| Enero/ sept. 2018. | 545 | 13.102 | 27,478 | 9,310 | 967 | 51,402 |
| Total | 3,944 | 75,485 | 141,905 | 48,004 | 4,982 | 274,320 |

Elaboración propia del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, con datos del Ministerio de Salud

² <https://elsalvador.unfpa.org/es/news/se-presenta-estrategia-nacional-intersectorial-de-prevencion-del-embarazo-en-niñas-y-en>

³ Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027, aprobada por el Gabinete de Gestión Social e Inclusión el 16 de octubre de 2017.

Embarazadas por grupo de edad, año y departamento. El Salvador, período 2015 a septiembre 2018.

| Departamentos | 2015 | | | | Total | 2016 | | | | Total 2016 | | |
|---------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | 2015 | | 2016 | | | 2016 | | 2016 | | | | |
| | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | | 40 a 49 | 2015 | 10 a 14 | 15 a 19 | | 20 a 29 | 30 a 39 |
| Ahuachapán | 80 | 1594 | 3069 | 1215 | 116 | 6074 | 69 | 1500 | 2930 | 1050 | 95 | 5644 |
| Santa Ana | 112 | 2018 | 3805 | 1279 | 151 | 7365 | 107 | 1936 | 3522 | 1138 | 131 | 6834 |
| Sonsonate | 142 | 2293 | 4276 | 1560 | 151 | 8422 | 123 | 1966 | 3583 | 1209 | 142 | 7023 |
| Chalatenango | 42 | 706 | 1612 | 673 | 90 | 3123 | 30 | 639 | 1523 | 589 | 72 | 2853 |
| La Libertad | 158 | 2498 | 3985 | 1465 | 146 | 8252 | 170 | 2146 | 3573 | 1242 | 135 | 7266 |
| San Salvador | 285 | 4660 | 8057 | 2283 | 203 | 15488 | 212 | 3724 | 6542 | 1952 | 197 | 12627 |
| Cuscatlán | 79 | 1064 | 1920 | 709 | 74 | 3846 | 51 | 932 | 1663 | 546 | 54 | 3246 |
| La Paz | 90 | 1464 | 2213 | 763 | 90 | 4620 | 68 | 1237 | 2110 | 664 | 78 | 4157 |
| Cabañas | 51 | 783 | 1401 | 627 | 94 | 2956 | 25 | 660 | 1304 | 577 | 65 | 2631 |
| San Vicente | 49 | 776 | 1342 | 464 | 55 | 2686 | 44 | 652 | 1214 | 449 | 55 | 2414 |
| Usulután | 119 | 1662 | 2832 | 889 | 89 | 5591 | 74 | 1379 | 2423 | 670 | 66 | 4612 |
| San Miguel | 101 | 1937 | 3431 | 1118 | 86 | 6673 | 91 | 1653 | 2907 | 906 | 96 | 5653 |
| Morazán | 43 | 922 | 1540 | 616 | 63 | 3184 | 35 | 812 | 1340 | 506 | 51 | 2744 |
| La Unión | 86 | 1130 | 2088 | 721 | 64 | 4089 | 67 | 1005 | 1780 | 619 | 61 | 3532 |
| Guatemala | 4 | 35 | 100 | 25 | 3 | 167 | 1 | 28 | 83 | 32 | 3 | 147 |
| Honduras | 2 | 31 | 83 | 22 | 2 | 140 | 4 | 25 | 66 | 29 | 1 | 125 |
| Nicaragua | 1 | 1 | 5 | 4 | 0 | 11 | 0 | 1 | 8 | 6 | 0 | 15 |
| Costa Rica | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Otros Países | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 1445 | 23576 | 41760 | 14433 | 1477 | 82691 | 1171 | 20296 | 36571 | 12184 | 1302 | 71524 |

| Departamentos | 2017 | | | | | Total | Enero- septiembre 2018 | | | | | Total |
|--------------------|------------|---------|---------|---------|---------|-------|------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | |
| | Ahuachapán | 68 | 1316 | 2840 | 1054 | | 113 | 5391 | 40 | 992 | 2170 | |
| Santa Ana | 91 | 1845 | 3497 | 1135 | 148 | 6716 | 58 | 1169 | 2394 | 815 | 88 | 4524 |
| Sonsonate | 92 | 1778 | 3501 | 1265 | 123 | 6759 | 63 | 1301 | 2802 | 950 | 86 | 5202 |
| Chalatenango | 19 | 528 | 1575 | 636 | 79 | 2837 | 22 | 404 | 1222 | 548 | 40 | 2236 |
| La Libertad | 101 | 1987 | 3429 | 1173 | 101 | 6791 | 62 | 1475 | 2698 | 974 | 124 | 5333 |
| San Salvador | 111 | 3458 | 6307 | 1829 | 163 | 11868 | 85 | 2280 | 4752 | 1338 | 154 | 8609 |
| Cuscatlán | 45 | 758 | 1651 | 531 | 61 | 3046 | 20 | 580 | 1250 | 422 | 47 | 2319 |
| La Paz | 36 | 1222 | 2133 | 642 | 65 | 4098 | 38 | 818 | 1638 | 526 | 54 | 3074 |
| Cabañas | 17 | 591 | 1230 | 496 | 64 | 2398 | 22 | 392 | 947 | 420 | 48 | 1829 |
| San Vicente | 37 | 593 | 1190 | 447 | 48 | 2315 | 26 | 425 | 972 | 345 | 37 | 1805 |
| Usulután | 40 | 1262 | 2392 | 766 | 66 | 4526 | 19 | 951 | 1930 | 547 | 50 | 3497 |
| San Miguel | 55 | 1462 | 2929 | 934 | 80 | 5460 | 33 | 1079 | 2134 | 731 | 84 | 4061 |
| Morazán | 37 | 710 | 1387 | 484 | 66 | 2684 | 28 | 528 | 1046 | 384 | 37 | 2023 |
| La Unión | 32 | 945 | 1912 | 627 | 54 | 3570 | 27 | 683 | 1437 | 517 | 41 | 2705 |
| Guatemala | 2 | 25 | 63 | 34 | 2 | 126 | 0 | 8 | 44 | 7 | 0 | 59 |
| Honduras | 0 | 27 | 56 | 22 | 2 | 107 | 2 | 16 | 36 | 11 | 3 | 68 |
| Nicaragua | 0 | 2 | 3 | 2 | 1 | 8 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| Otros Países | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Salvadoreña | | | | | | | | | | | | |
| Residente Exterior | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| Total | 783 | 18511 | 36096 | 12077 | 1236 | 68703 | 545 | 13102 | 27478 | 9310 | 967 | 51402 |

Más de la mitad de las adolescentes inscritas provienen de áreas rurales⁴.

Los 14 departamentos de El Salvador reportan inscripciones prenatales en adolescentes y casi todos los municipios reportan inscripciones en adolescentes de 15 a 19 años. A pesar de la legislación nacional y las medidas de prevención de violencia, el 88% de los municipios del país reporta inscripciones en adolescentes de 13-14 años y el 46% de los municipios reporta casos en niñas de 10 a 12 años, manteniéndose una tendencia constante. Los embarazos que se dan en edades muy tempranas, como de 10 a 12 años o de 13 a 14 años, se dan solamente en ciertos municipios, debido a que estos casos son menores en cantidad y como resultado de violencia sexual, la cual es penalizada por la ley y por lo tanto requiere de intervenciones específicas tanto en el cuidado y protección de la niña o adolescente afectada, así como de un proceso legal con el cual debe ser juzgado el agresor.

A partir de los 15 años se observa una tendencia más clara en los municipios afectados. Se han mostrado los departamentos que tienen mayor número de embarazos, que son los departamentos que coinciden con los que concentran mayor población: San Salvador, Santa Ana, Sonsonate, La Libertad y San Miguel, y que significan mayor carga para el sistema de salud para poder brindar una atención adecuada a las adolescentes en esta condición. En cuanto a los partos registrados, pese a que el cuerpo de las adolescentes no ha completado su desarrollo, el porcentaje de cesáreas realizadas en estas edades es incluso menor al porcentaje de cesáreas que se realizan en las mujeres de todas las edades. La proporción de nacimientos prematuros y bajo peso es mayor en las adolescentes de menor edad, lo que refuerza la necesidad de prevenir el embarazo en estas edades para evitar complicaciones tanto maternas como neonatales⁵.

⁴ Tendencia de Embarazos y Partos en Adolescentes. 2013 – 2016. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, San Salvador, El Salvador, 2017.

⁵ Tendencia de Embarazos y Partos en Adolescentes. 2013 – 2016. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, San Salvador, El Salvador, 2017

1.2. Violencia por razones de género

En este apartado, interesa abordar de manera especial la respuesta estatal en el ámbito de la salud de las mujeres, comprendiendo que esta trae costos directos económicos y en la calidad de vida para las mujeres afectadas mediante el deterioro de su salud física, lesiones u otras manifestaciones.

En este sentido, en palabras de Morena Murillo, del Foro Nacional de Salud, un aspecto positivo es el registro de lesiones y atenciones brindadas a las mujeres afectadas por la violencia, por medio de las Clínicas de Atención a Víctimas de Violencia, ya que es la población femenina la principal usuaria de estos servicios. En 2017, brindaron 1,906 atenciones a víctimas de violencia; el 95.5% de estas se debe a violencia intrafamiliar, el 4.2% ha sido a víctimas de abuso sexual y el 0.3% a niñas víctimas de violencia. El 99.6% de las atenciones corresponde a personas del sexo femenino; la atención es brindada tanto a víctimas de violencia de género directas como a las víctimas indirectas representadas por los hijos e hijas de las mujeres⁶.

Las Clínicas de Atención a Víctimas de Violencia (CAVV) están ubicadas en los centros integrados de justicia de San Salvador, Ciudad Delgado y Soyapango; además de la Fiscalía General de la República, en la Unidad de Atención Especializada para las Mujeres, en Antiguo Cuscatlán y San Miguel. Esta estrategia es coordinada por FOSALUD, Corte Suprema de Justicia (CSJ) y la Fiscalía General de la República (FGR) para integrar los servicios judiciales y legales con la atención sanitaria, para brindar ambas atenciones a las mujeres afectadas.

1.3. Violencia obstétrica

Otra demanda desde el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos ha sido visibilizar y prevenir la violencia obstétrica. Esta es

⁶ Memoria de Labores 2018 MINSAL.

definida como “la conducta, acción u omisión que ejerza el personal de salud, de manera directa o indirecta, y que afecte a las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y puerperio. Debido a su carácter subjetivo puede manifestarse de muchas maneras en los procesos de atención desde omisiones de atención, maltrato hasta atenciones sin apego a la normativa vigente de la entidad rectora” (MINSAL).

Pese a su frecuencia, esta es una de las afectaciones de la salud reproductiva menos registrada en las estadísticas del Sistema Nacional de Salud, pese a reconocer que daña la integridad física psicológica y emocional de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Algunas situaciones en las que frecuentemente ocurre es al momento de la inscripción prenatal, ya sea de una adolescente o una mujer mayor de 40 años, ya que es discriminada y cuestionada por encontrarse en estado de gravidez, culpabilizando a las mujeres de los riesgos que implica su estado de embarazo; asimismo, durante los controles muchas veces las personas prestadoras de servicios de salud se refieren a las mujeres de manera despectiva. Además, en su cuadro clínico o expediente del centro médico, si una mujer tiene sus embarazos en periodos o intervalos cortos, recibe un trato poco cordial o respetuoso sin tomar en cuenta las determinantes sociales de dicha situación; otras prácticas ocurren cuando las ultrasonografías no son realizadas en el sector gubernamental y las usuarias son referidas al sistema privado donde el mismo prestador mercantiliza los derechos de las mujeres a este servicio de salud; cuando no se permite acompañante durante el parto o se manda a callar a las mujeres en el momento del parto, es ridiculizada o se crean ambientes hostiles que vulneran su estado emocional; es sometida a revisión por practicantes para ver su grado de dilatación y se patologiza o considera una enfermedad el parto en situaciones de bajo riesgo y no se considera el rescate de algunas prácticas de pueblos indígenas, lo que para esta población representa una vulneración a sus derechos⁷.

⁷ Mayra Bolaños, educadora comunitaria de salud, ORMUSA.

Un aspecto positivo con relación a la violencia obstétrica, es la estrategia de parto humanizado que impulsa el MINSAL desde febrero de 2018, que permite la presencia del padre durante el parto, sin embargo este es un proyecto piloto y no funciona a escala nacional. El Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social impulsa el programa “Humanización de los partos”, para mejorar la calidad de los servicios que brinda la institución a las familias derechohabientes adscritas al centro de atención. La prueba piloto consiste en permitir que el padre acompañe durante las labores de parto a su esposa o compañera de vida. La prueba piloto del programa continuará en el Policlínico Zacamil; el ISSS espera que de forma gradual se pueda ampliar el servicio a otros hospitales que atienden nacimientos y que poseen quirófanos y equipo especializado⁸.

Al respecto, es de traer a cuenta que la Convención de Belém do Pará establece que los Estados Partes deben considerar especialmente la situación de vulnerabilidad a la violencia en la que se puedan encontrar las mujeres, aclarando que se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está embarazada. Desde hace varios años, el Comité de Expertas (CEVI) recomendó a los Estados “adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica” estableciendo “por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual y reproductiva. Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud”. Esto implica la penalización y regulaciones administrativas vinculadas con la organización de los servicios de salud y los mecanismos de rendición de cuentas, incluyendo el monitoreo, seguimiento, evaluación y (en su caso) reparación de las circunstancias que se planteen⁹.

⁸ http://www.iss.gov.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=1691:policlinico-zacamil-del-iss-promueve-parto-humanizado&catid=1:noticias-ciudadano&Itemid=77

⁹ Natalia Gherardi, 2016. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. CEPAL - Serie Asuntos de Género N° 141

Un estudio de la CEPAL, reitera que la incorporación de la violencia obstétrica en la legislación de protección integral permite ubicar su dimensión estructural, como manifestación de violencia que se da en el marco de la subordinación de las mujeres, basadas en relaciones desiguales de poder entre los géneros. De un modo similar, al enmarcar la violencia obstétrica en las regulaciones que especifican los derechos de estas en relación con el embarazo, parto y posparto, o aún en el marco de los derechos de pacientes en términos más amplios, también se atiende a la dimensión estructural de una cuestión que encuentra su origen en la relación asimétrica de poder en el ejercicio de la medicina¹⁰.

Al respecto, la respuesta estatal ha sido la definición de lineamientos para la atención humanizada como medida preventiva a la violencia obstétrica. La humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad. El cuidado basado en la evidencia y en el conocimiento científicamente sólido es un componente esencial de la atención humanizada al nacimiento y en cualquier etapa reproductiva; para conseguirlo, es necesario basar los conocimientos y prácticas en la evidencia y utilizar competencias éticas y actitudinales basadas en la empatía, escucha activa y respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones a lo largo del proceso de gestación y parto¹¹.

Por tanto, la atención humanizada del parto implica que todas las mujeres deben experimentar una vivencia enriquecedora, que todas las decisiones sean producto de una consejería integral y que no se les apliquen procedimientos basados en medidas rutinarias, en forma indiscriminada sino con enfoque de derechos y de género, evitando la estigmatización y revictimización en las mujeres que han enfrentado algún tipo o forma de violencia; debe ser realizado por el personal de salud de acuerdo a lo establecido en los "Lineamientos técnicos de Atención

¹⁰ Natalia Gherardi, 2016. Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. CEPAL - Serie Asuntos de Género N° 141

¹¹ Declaraciones de médica de la Unidad de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Salud, al Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, febrero 2018.

a Todas Formas de Violencia” a la persona usuaria cuyo embarazo sea producto de violencia sexual. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la persona usuaria, para servir a las necesidades individuales y particulares de cada mujer. Ningún procedimiento en la atención del parto debería de existir simplemente por la comodidad del personal que atiende el parto¹².

Con relación a la violencia obstétrica, es importante prevenir y sancionar las prácticas en el sistema de salud que revictimiza a las mujeres antes, durante o post parto; pero principalmente fortalecerse la capacitación y sensibilización del personal médico y enfermería para erradicar estas situaciones; eliminar la idea de legitimizar la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres. Es necesario regular lo concerniente a la violencia obstétrica, a fin de prevenirla, atenderla y sancionarla al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, además de crear e implementar lineamientos de reconocimiento de la condición pluricultural y multiétnica del país, con la finalidad de mejorar la atención en pre-parto, parto y posparto de las mujeres y recién nacidos.

En esa línea, es positiva la aprobación de la Política de Salud de Poblaciones Indígenas, en junio de 2018, por el Ministerio de Salud; lógicamente, es de vital importancia la aplicación y monitoreo de la misma por parte de las autoridades del MINSAL, especialmente en aquellos departamentos y municipios con mayor población indígena.

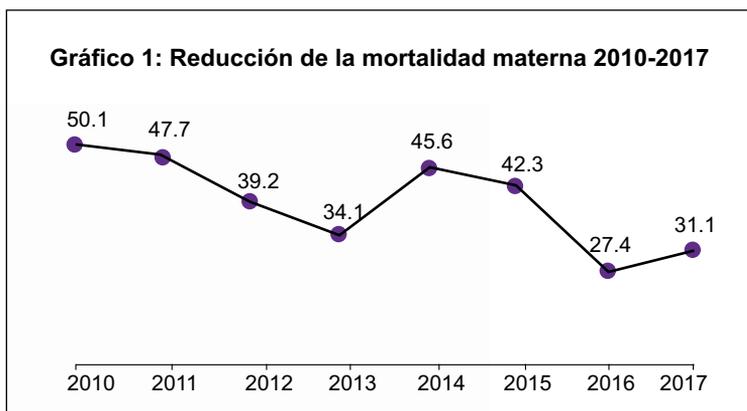
El documento de la Política, menciona entre sus estrategias, la necesidad de capacitar periódicamente a agentes de salud indígenas, proveedores de salud indígenas, líderes y lideresas identificadas en Pueblos Indígenas, en los componentes prioritarios de salud sexual y reproductiva en coordinación con las estructuras organizativas indígenas; otra estrategia es fortalecer la calidad de atención y humanización en los establecimientos de salud para el acompañamiento de las comunidades y Pueblos Indígenas, en las diferentes prestaciones de servicios de salud sexual y reproductiva.

¹² Declaraciones de médica de la Unidad de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Salud, al Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, febrero 2018.

2. Salud reproductiva.

2.1. Mortalidad materna

El Ministerio de Salud reseña entre sus principales logros, que el país ha logrado cumplir la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), de reducir la mortalidad materna a 52.8 por cada cien mil nacidos vivos en 2015, bajando de 71.2 por cada 100 mil nacidos vivos en 2006 a 31.1 en 2017. No obstante, este indicador presenta un incremento en 2017, de 31% con relación al 27.1 registrado en 2016.



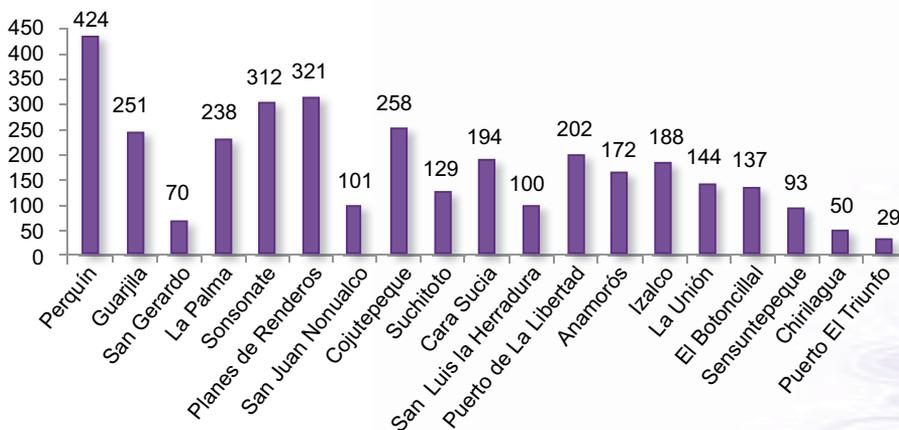
Para la representante del Foro Nacional de Salud¹³, pese al incremento es uno de los puntos de mayor avance debido, entre otros factores, a que se logró fortalecer Hogares de Espera Materna, aumentó la cobertura y número de estos, involucrando a la comunidad, que incluye alcaldías y actores locales, además del fortalecimiento presupuestario a las casas de espera materna al ser asumida por FOSALUD¹⁴, desde hace algunos años.

¹³ Entrevista a Morena Murillo, 5 de diciembre de 2018.

¹⁴ Entidad adscrita al Ministerio de Salud, pero que goza de personalidad jurídica y patrimonio propio, con plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, tanto en lo financiero como en lo administrativo y presupuestario. <http://www.fosalud.gob.sv/que-es-fosalud/>

En la misma línea, el MINSAL destaca entre los aspectos que han contribuido a reducir la mortalidad materna el acercamiento a la población con un trabajo combinado del personal de salud y comités del Foro Nacional de Salud y otras organizaciones; atención de parto por personal capacitado, que pasó de 66% (2009) a 99.1% (2017); personal ginecológico las 24 horas y fines de semana en 22 de 28 maternidades, además de 39 Unidades Especializadas, incluyendo seis que funcionan en las sedes de Ciudad Mujer; Implementación de la consulta de alto riesgo reproductivo en 28 hospitales y 39 ucsf especializadas, entre otras medidas, que comprenden la implementación de consulta preconcepcional a partir de 2015, lo que ha generado 32,576 Inscripciones en el período 2015-2017, en esta categoría ORMUSA con el apoyo de la Unión Europea, Health Poverty Action y Christian Aid contribuyeron a la creación de la Unidad Preconcepcional de Olocuilta.

Gráfico 2. Atenciones en hogares de espera materna, desagregadas por municipio sede. El Salvador- 2018.



Sobre los Hogares de Espera Materna (HEM), es necesario explicar que facilitan el acceso a los servicios de parto institucional, ingresando en sus instalaciones a las mujeres embarazadas siete días antes de su fecha de parto, recibiendo cuidados, educación y alimentación por personal capacitado, se encuentran ubicados en zonas rurales y de difícil acceso; son un esfuerzo conjunto FOSALUD, MINSAL, gobiernos municipales, empresa privada, organizaciones comunitarias y la población residente en las zonas de intervención. El FOSALUD ha contratado 77 profesionales maternos para la atención de 19 Hogares de Espera Materna de los 21 que existen en todo el territorio nacional, dos son administrados de manera directa por el Ministerio de Salud ¹⁵.

2.2. Interrupción del embarazo

El derecho salvadoreño ha carecido de perspectiva de género, lo que ha contribuido a la criminalización de las mujeres en casos de aborto, este tema muestra que pese a los avances en las dos leyes (LIE y LEIV), no se logró la reforma al artículo 133 en torno a las cuatro causales para despenalizar la interrupción del embarazo¹⁶. En el juzgamiento de las mujeres criminalizadas ha sido evidente los mitos sexistas y los estereotipos de género que han sesgado la aplicación de las leyes en contra de las mujeres. Los largos períodos de detención sin que exista condena, como es el caso de Imelda, una joven embarazada como resultado de una violación sexual por parte de su padrastro.

La consecuencia es la violación del principio del secreto médico profesional, ya que denuncian a las mujeres que llegan a los hospitales buscando asistencia médica ante abortos espontáneos y emergencias obstétricas. Todo esto representa la negación del derecho a la justicia para las mujeres, pues predominan los estereotipos de género en el juzgamiento de las mujeres.

15 Informe del Fondo Solidario para la Salud (Fosalud), mayor 2018. Recuperado en

16 Alejandra Gámez, exposición en el Foro de alto nivel sobre avances y desafíos en la garantía de los derechos reproductivos, organizado por la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Ético, Terapéutico y Eugenésico en El Salvador, noviembre de 2018.

En el ámbito legislativo, la no aprobación de la reforma al art. 133 del Código Penal respecto a las cuatro causales:

- 1°. El aborto realizado con el propósito de salvar la vida de la mujer gestante y preservar su salud, previo dictamen médico y con el consentimiento de la mujer,
- 2°. El realizado por facultativo con consentimiento de la mujer, cuando sea un embarazo que fue producto de una violación sexual o trata de personas.
- 3°. El realizado por facultativo, con consentimiento de la mujer cuando exista una malformación del feto que haga inviable la vida extrauterina.
- 4°. El realizado por facultativo, con consentimiento de la menor de edad, en los casos de violación y estupro; con autorización de sus padres o tutores legales, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 18 de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA).

Lo anterior, constituye una de las decisiones más negativas para los derechos humanos y derechos reproductivos de las mujeres. En el último año hubo mucha movilización de la sociedad civil para generar opinión y fundamentar la propuesta, pero pese a ella, no fue aprobado¹⁷.

Es evidente el crecimiento de posturas religiosas de diputados y diputadas contradiciendo la visión laica del Estado y principalmente por parte de uno de los Organos de Estado, que se acrecienta en momentos coyunturales donde se abordan temas como la interrupción del embarazo y la educación integral de la sexualidad, o la utilización de estos temas en períodos electorales, haciendo uso de creencias religiosas para ganar votos, negándose a abordar dichos temas de manera científica.

En el contexto de esta problemática en El Salvador, debe destacarse que la penalización absoluta del aborto se traduce en una falta de opciones para niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, el incremento de suicidios en niñas y adolescentes embarazadas, ya reconocida como causa indirecta de mortalidad materna en los registros oficiales. Antes estos suicidios no se reconocían como tal sino como intoxicación por la ingesta

¹⁷ Alexia Alvarado, consultora independiente, declaraciones al Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, noviembre 2018.

de veneno matarratas u otra sustancia similar¹⁸, pero su reconocimiento expreso representa un avance ya que es necesario visibilizar estas situaciones.

2.3. Métodos anticonceptivos

En este rubro, el principal obstáculo que se identifica por parte del Foro Nacional de Salud es el desabastecimiento de anticonceptivos y la escasa promoción de la esterilización masculina. Los datos del MINSAL indican que a la fecha, el método más utilizado es la esterilización femenina (53%), seguido de inyectables (38%), pastillas y DIU (4%).

Los métodos menos utilizados son el condón y la esterilización masculina. El método permanente más utilizado es la esterilización femenina, con lo cual se responsabiliza a la mujer principalmente de la función reproductiva y se incrementa la inequidad de género.

El informe Tendencia de Embarazos y Partos en Adolescentes 2013 - 2016, publicado por el Ministerio de Salud en 2017, indica que anualmente se realizan más de 42 mil inscripciones a control de métodos anticonceptivos a escala nacional, de las cuales aproximadamente el 28% corresponden a adolescentes. Cada paciente inscrita en control por uso de método anticonceptivo debe ser evaluada al menos una vez al año y ser registrada como usuaria activa, en caso que continúe utilizando un método según su preferencia. Es de hacer notar que a pesar de que las inscripciones a control son del 28%, el porcentaje de usuarias activas de método de anticoncepción es solo del 22%. El sistema reporta al menos 130 usuarias activas en el grupo de edad de 10 a 12 años y más de 1,300 usuarias en el grupo de edad de 13 a 14 años. Los municipios que tienen mayor cantidad de adolescentes como usuarias activas en el período analizado, son Santa Ana (SA), San Miguel (SM), San Salvador (SS) en cada uno de los años reportados, solo en 2014 se incluye Colón (LL)¹⁹.

¹⁸ Morena Herrera, exposición en el Foro de alto nivel sobre avances y desafíos en la garantía de los derechos reproductivos, organizado por la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Ético, Terapéutico y Eugénico en El Salvador, noviembre de 2018.

¹⁹ Tendencia de Embarazos y Partos en Adolescentes. 2013 – 2016. Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud, San Salvador, El Salvador, 2017.

3. Educación Integral en Sexualidad

3.1. Capacitación docente

La Educación Integral en Sexualidad sigue siendo una de las mayores deudas del sistema educativo hacia la población salvadoreña, ya que no existe evidencia de la adecuación curricular en centros educativos y privados. Al mismo tiempo, la capacitación docente no presenta mayores avances de acuerdo con los datos proporcionados por el MINED, además muchas iniciativas de capacitación son financiadas por organizaciones de la sociedad civil con resultados incipientes con relación a la totalidad de planta docente.

Para las capacitaciones, el MINED ha contado con el apoyo de agencias de cooperación y organizaciones de mujeres especialmente en 2016 y 2018.

Tabla 2. Docentes participantes en capacitaciones sobre Educación Integral de la Sexualidad, El Salvador, años 2016-2018.

| Departamento | Mujeres | Hombres | Total |
|--------------|------------|------------|------------|
| Ahuachapán | 1 | 4 | 5 |
| Santa Ana | 7 | 5 | 12 |
| San Salvador | 55 | 19 | 74 |
| Cuscatlán | 0 | 1 | 1 |
| La Paz | 1 | - | 1 |
| San Vicente | 28 | 13 | 41 |
| La Libertad | 19 | 67 | 86 |
| Suchitoto | 26 | 2 | 28 |
| Jiquilisco | 13 | 7 | 20 |
| Cabañas | 19 | 13 | 32 |
| Chalatenango | 18 | 14 | 32 |
| Total | 187 | 145 | 332 |

Elaboración propia del observatorio de derechos sexuales y derechos reproductivos, con datos del Ministerio de Educación.

Precisamente organizaciones consultadas identifican este rubro como el de mayor estancamiento, aún cuando en el último año también se encuentran en marcha algunos procesos formativos auspiciados por FOMILENIO II.

“Definitivamente hay un estancamiento porque el Anteproyecto de ley que trabajaron, la Alianza por la Salud Sexual y Salud Reproductiva y la Coalición por la Educación Integral en Sexualidad, así como la propuesta de ley de salud sexual y salud reproductiva y, la propuesta de Ley de Educación en Afectividad y Sexualidad Responsable”, introducido en 2018, no han logrado pasar el filtro en la Comisión y fue enviada al archivo, haciendo caso omiso, entre otros, del Consenso de Montevideo”²⁰.

Este último se presentó en julio 2018 a la Asamblea Legislativa, con el objetivo de mejorar la relación de la persona y su ambiente, utilizando formas y modalidades educativas que expliquen los procesos relacionados a las relaciones personales e interpersonales, propiciando así el desarrollo de la inteligencia emocional y fomentando el respeto de la individualidad de las niñas, niños y adolescentes, por medio de una curricula eficaz y sistematizada, bajo un proceso de formación científico que aporte medios para solucionar las problemáticas sociales.

20 Alexia Alvarado, consultora independiente, diciembre 2018.

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo fue el resultado de la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en Montevideo del 12 al 15 de agosto de 2013. Es el acuerdo intergubernamental más importante firmado en la región en materia de población y desarrollo, y se transformó en una pieza fundamental del proceso de revisión del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y su seguimiento después de 2014. En este sentido, en la resolución 014/1 de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas se tomó nota de los documentos finales resultantes de las conferencias regionales sobre población y desarrollo, reconociendo que proporcionan orientación específica para cada región en materia de población y desarrollo más allá de 2014.



Al respecto, la Asamblea Legislativa destacó que dentro de su ordenamiento jurídico existe normativa específica para la protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, como es el caso de la Ley de Protección de los Derechos de las Niñez y Adolescencia (LEPINA), cuya finalidad es garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, contenidos en dicha ley. La LEPINA además de reconocerlos como sujetos plenos de derecho dispone que la garantías y obligaciones en ella contenidas, sean aplicables a toda persona desde el instante de su concepción hasta que cumpla los 18 años.

Tabla 3. Cantidad de estudiantes embarazadas por departamento, El Salvador. Año 2017

| Departamento | Total de embarazadas |
|--------------|----------------------|
| Ahuachapán | 43 |
| Cabañas | 24 |
| Chalatenango | 39 |
| Cuscatlán | 76 |
| La Libertad | 303 |
| La Paz | 100 |
| La Unión | 49 |
| Morazán | 47 |
| San Miguel | 105 |
| San Salvador | 376 |
| San Vicente | 41 |
| Santa Ana | 80 |
| Sonsonate | 96 |
| Usulután | 123 |
| TOTAL | 1502 |

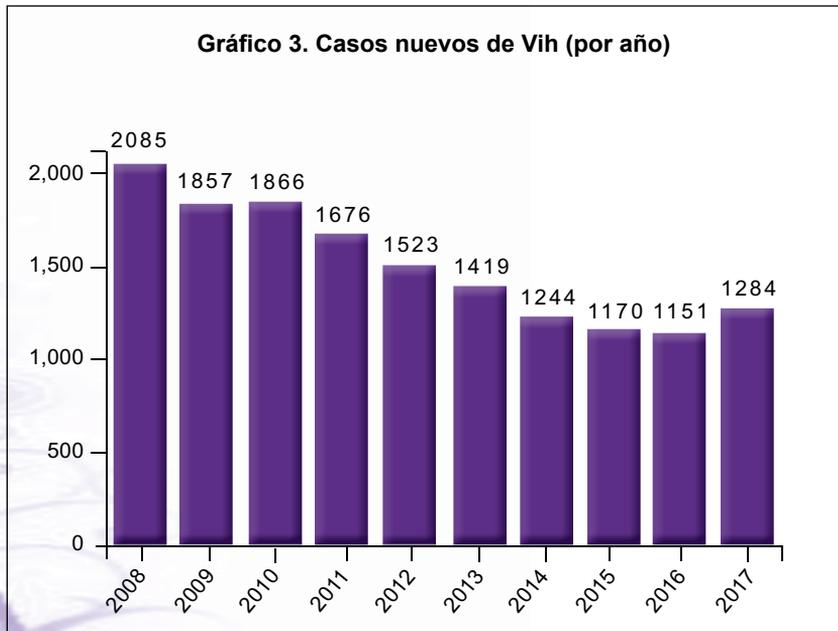
Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el MINED, con base al Censo Escolar 2017.

4. Salud Sexual

Situación de VIH

En cifras, de 1984 a marzo de 2018 El Salvador registra un acumulado de 35,916 casos de vih; de estos, el 28.4 % (10,225) se encontraron en fase de vih avanzado al momento de su diagnóstico. En 2017 se diagnosticaron 1,284 personas con vih, alcanzando una tasa de detección de 19 personas por cien mil habitantes, con una relación de 2.5 casos en hombres por cada caso en mujeres.

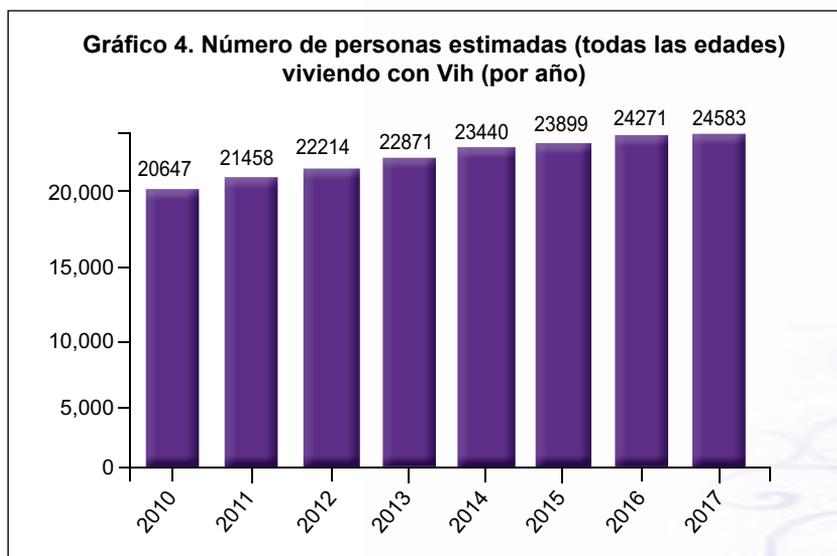
La población de entre 20 y 39 años representa el 61% de los casos. En El Salvador, hasta 2017 se registran 18,285 personas que viven con el vih (pvv) y que conocen su diagnóstico; de ellas 9,202 reciben tratamiento antirretroviral en el Ministerio de Salud y 7,933 están en supresión viral.



Punto positivo fue la presentación de la Política de Salud en el Trabajo con personas con VIH, en mayo de 2018, que pretende que los lugares de trabajo inviertan en la salud de su personal, buscando minimizar el riesgo de infección por enfermedades en los entornos de su ambiente laboral y a su vez, fomentar el autocuidado entre las personas trabajadoras”. Según el sistema de información del MINSAL, durante 2017 hubo 470 solicitudes de la prueba de VIH por motivos de trabajo, situación que ya no debería darse, pues ningún empleador puede obligar a una persona a realizarse la prueba para acceder a un trabajo o mantenerse en él²¹.

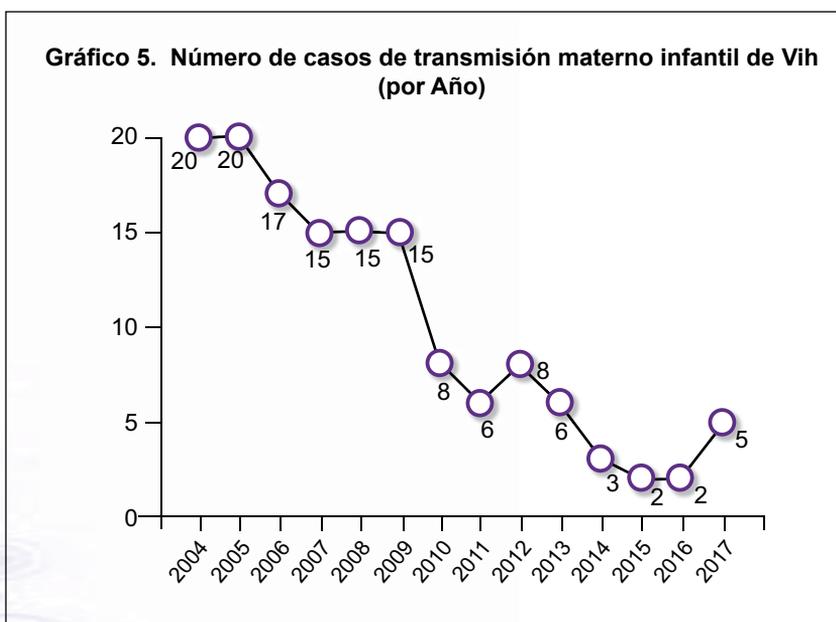
La principal preocupación de las organizaciones vinculadas ha sido el desabastecimiento de medicamentos, como resultado de un atraso en los procesos de compra.

En 2017, con la estrategia de las Clínicas de Vigilancia Centinela en las its (vicits), se llevaron a cabo intervenciones de prevención, atención, diagnóstico, tratamiento y consejería en its/vih a escala nacional, con un total de 6,884 atenciones, de las cuales 2,392 son mujeres trabajadoras sexuales (34.7%), 3,588 a población hsh (52.1%), 847 a mujeres trans (12.3%), 46 lesbianas (0.7%) y 11 hombres trans (0.2 %).



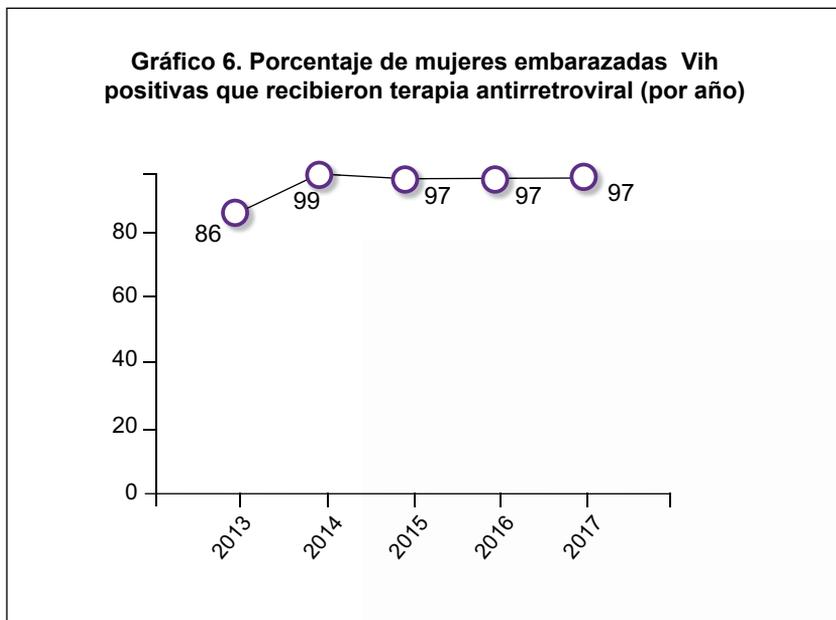
21 <http://www.salud.gov.sv/02-05-2018-minsal-participa-en-la-entrega-de-politica-de-vih-en-el-ambito-laboral/>

La Ministra de Salud, Violeta Menjívar, indica que en El Salvador “una de cada cinco mujeres con Vih en El Salvador son amas de casa”, lo cual se debe a cuestiones culturales ya que estas mujeres “no pueden negociar con su pareja el uso del preservativo. La OMS sostiene que asegurar el acceso de las mujeres y las adolescentes a los servicios de salud -incluyendo servicios de prevención, tratamiento y medicamentos para prevenir la transmisión de madre a hijo- será clave para terminar con la epidemia de Vih para el año 2030. Para reducir las nuevas infecciones y muertes relacionadas con el Vih, debemos aumentar la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres para que puedan tomar decisiones autónomas sobre su propia salud y vivan libres de toda forma de violencia”²².



22 <http://www.salud.gob.sv/23-05-2016-vih-asegurar-el-acceso-de-mujeres-y-adolescentes-a-servicios-de-salud-sera-clave-para-terminar-con-la-epidemia-en-2030/>

Asociaciones defensoras de las personas con Vih han externado su preocupación por el riesgo de desabastecimiento de tratamiento antirretroviral ocasionado por la falta de pago de una factura de 2016 a la OPS. En el país existen 8,580 personas con tratamiento antirretroviral desagregadas por línea de tratamiento: Primera Línea: 7,359; Segunda Línea: 1,210; Tercera Línea: 11 personas²³.



23 La Alianza de Sostenibilidad para la Respuesta al Vih es conformada por: Asociación Atlacatl, Asociación Vida Nueva, Asociación ICW capítulo El Salvador, Asociación REDASAL+, Asociación Visión Propositiva, Red Centroamericana de Personas con Vih (REDCA+), Asociación COMCAVIS TRANS + con el acompañamiento de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Los medicamentos y el tiempo de abastecimiento se detallan a continuación:

Tabla 4. Casos nuevos de Vih desagregados por año de diagnóstico y departamento de residencia. El Salvador, años 2008- 2017

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Totales |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|
| Departamento | | | | | | | | | | | |
| Ahuachapán | 113 | 89 | 77 | 78 | 74 | 72 | 64 | 52 | 40 | 54 | 713 |
| Santa Ana | 185 | 164 | 176 | 149 | 130 | 134 | 103 | 92 | 108 | 106 | 1,347 |
| Sonsonate | 222 | 170 | 165 | 137 | 158 | 144 | 132 | 113 | 100 | 103 | 1,444 |
| Chalatenango | 34 | 30 | 27 | 26 | 20 | 13 | 13 | 18 | 19 | 17 | 217 |
| La Libertad | 200 | 167 | 171 | 182 | 154 | 145 | 148 | 145 | 146 | 178 | 1,636 |
| San Salvador | 874 | 774 | 746 | 666 | 617 | 549 | 495 | 470 | 482 | 517 | 6,190 |
| Cuscatlán | 57 | 42 | 61 | 49 | 34 | 43 | 35 | 31 | 36 | 39 | 427 |
| La Paz | 122 | 89 | 96 | 98 | 75 | 67 | 71 | 60 | 49 | 56 | 783 |
| Cabañas | 16 | 26 | 16 | 24 | 27 | 32 | 14 | 10 | 22 | 14 | 201 |
| San Vicente | 20 | 19 | 28 | 38 | 25 | 32 | 15 | 21 | 15 | 30 | 243 |
| Usulután | 53 | 77 | 80 | 64 | 56 | 44 | 37 | 18 | 36 | 27 | 492 |
| San Miguel | 104 | 128 | 145 | 108 | 96 | 78 | 75 | 88 | 56 | 95 | 973 |
| Morazán | 21 | 14 | 21 | 13 | 9 | 14 | 15 | 11 | 11 | 6 | 135 |
| La Unión | 52 | 52 | 40 | 33 | 35 | 34 | 18 | 36 | 19 | 34 | 353 |
| Guatemala | 6 | 6 | 11 | 10 | 9 | 11 | 5 | 2 | 9 | 4 | 73 |
| Honduras | 4 | 9 | 5 | 1 | 4 | 6 | 4 | 3 | 2 | 4 | 42 |
| Nicaragua | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| Otros Países | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Totales | 2,085 | 1,857 | 1,866 | 1,676 | 1,523 | 1,419 | 1,244 | 1,170 | 1,151 | 1,284 | 15,275 |

<https://datos.salud.gob.sv/vih/index.php/tabladinamica/casosnuevos>

Tabla 5. Personas con Vih por grupos de edad- El Salvador-2017

| | |
|--------------------|------|
| Menor de 1 | 1 |
| 1 a 4 | 49 |
| 5 a 9 | 36 |
| 10ª 14 | 54 |
| 15 a 19 | 698 |
| 20 a 24 | 2096 |
| 25 a 29 | 2503 |
| 30 a 34 | 2542 |
| 35 a 39 | 2084 |
| 40 a 44 | 1584 |
| 45 a 49 | 1180 |
| 50 a 54 | 818 |
| 55 a 59 | 621 |
| Igual o mayor a 60 | 946 |

Fuente: <https://datos.salud.gob.sv/vih/index.php/tabladinamica/casosnuevos>

Del 100 por ciento de casos nuevos y acumulados a la fecha, 5,401 (35%) son mujeres y 9,861 (65%) son hombres. En las mujeres, la ocupación que predomina son amas de casa (3230).

Entre la población en general, las ocupaciones más frecuentes identificadas de las personas que proporcionan este dato son: empleada informal (2380), empleada formal (2,815), agricultora/obrero (1154), 846 estudiantes, entre otras.

En el estado familiar, predominan: soltero (7985), acompañado (4226) y casado (2117).

Por grupo de edad, los grupos más afectados son personas jóvenes de 20 a 39 años que suman el 60%, como puede apreciarse en el siguiente cuadro. Las cifras relativas a esta población debe ser evaluada puesto que se pensaría que conocen más información sobre la epidemia, lo cual reitera que adicionalmente al acceso a la información, hay otros aspectos culturales que deben atenderse para optimizar las estrategias de prevención.

Esta situación se agudiza debido a que el Ministerio de Salud ha hecho un recorte de presupuesto al Programa Nacional de Vih para este año fiscal (En 2016 fue de \$3,455,393 y en 2017 es de \$2,500,000). No existen insumos para toma de prueba diagnóstica de Vih (los insumos llegarán entre marzo y abril de 2017) y si las

personas pierden la oportunidad de hacerse la prueba de Vih en etapas iniciales, la población buscará servicios de salud cuando se encuentre en etapas finales del Vih, para la atención de infecciones oportunistas, lo que incrementará la mortalidad y el costo en Vih.

Cuando se analizan las tasas de mortalidad en el período de 2006 al 2015, se puede evidenciar que el garantizar la terapia antirretroviral a la población ha tenido su impacto en la sobrevivencia de la población que vive con Vih, ya que la tendencia es a una disminución de la tasa de mortalidad, pasando de una tasa de 5.6 por 100,000 habitantes a una tasa de 4.4 por 100,000 habitantes en el 2001, y para el 2014 la tasa es de 3.5 por 100,000; por lo que el esfuerzo que se está realizando desde el Gobierno Central en garantizar los fondos para la compra de antirretrovirales están teniendo su impacto en la vidas de las personas^{24 25}.

24 Informe nacional sobre el estado de situación del vih en el salvador año 2015, programa nacional de its/vih/sida ministerio de salud el salvador, centroamérica san salvador, abril 2016.

25 https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion03052016/medidas_proteccion_estab_deberes_en_el_servicio_y_derechos_trabajador.pdf

5. A manera de síntesis

Aspectos positivos

- Mayor atención a los derechos sexuales y derechos reproductivos dentro de la agenda pública.
- Convergencia de diferentes instituciones en la formulación e implementación de la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente y el funcionamiento de las Clínicas de Atención a Víctimas de Violencia, favoreciendo la atención de la violencia por razones de género contra las niñas y las mujeres.
- Incremento de Hogares de Espera Materna de 3 a 21, aumento de atenciones a embarazadas en hogares de espera materna, beneficiando principalmente a mujeres residentes en municipios de mayor pobreza.
- Aprobación de Políticas dirigidas a la protección de derechos de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, mediante la Política de no discriminación de población LGTBI, Política de prevención de no discriminación laboral a población VIH y Política de Salud de Poblaciones Indígenas.
- En cuanto al ejecutivo, en materia de derechos sexuales existe una acción acertada por parte del Ministerio de Justicia en la oficialización de la Política de Atención a la Población LGTBI, la cual incluye a cada una de sus dependencias con el fin de que no exista estigma ni discriminación por razones de identidad, orientación y expresión de género y se enmarca en los Principios de Yokyakarta.
- Estrategia de parto humanizado dentro del MINSAL e ISSS, para reducir violencia obstétrica aunque no se lleva un monitoreo sobre estos casos y tampoco se fomenta la denuncia; no obstante es positivo el pilotaje para que el cónyuge acompañe a la embarazada durante el parto.

- Un elemento positivo fue la presentación de la Política de Salud en el trabajo para personas con Vih, en mayo 2018.

Aspectos críticos

- Insuficiente asignación presupuestaria y desabastecimiento de métodos de planificación familiar y antirretrovirales.
- Desabastecimiento de radiactivos para realizar pruebas de citología.
- Estancamiento en discusión de propuesta de anteproyectos de ley en Educación Integral en Sexualidad, Ley de Identidad de Género y Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- Poca asignación presupuestaria para programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- En el ámbito legislativo, la no aprobación de Reforma al artículo 133 del Código Penal, para que la interrupción del embarazo no sea punible o sancionado en cuatro causales, estas son: cuando la vida de la mujer está en riesgo, por ejemplo en casos de cáncer; cuando exista malformación que haga inviable vida extrauterina, en casos de violación o estupro contra niñas menor de edad, con el consentimiento de su padre o madre.

Anexos

Algunos indicadores de salud sexual y salud reproductiva en El Salvador

| Descripción del indicador | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|------|------|------|------|------|
| Cobertura de inscripción prenatal de 10 a 49 años | 76.6 | 84.0 | 88.1 | 76.3 | 73.6 |
| Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años | 99.8 | 99.9 | 99.9 | 99.9 | 99.9 |
| Cobertura de parto intrahospitalario del sistema Nacional de Salud | 80.7 | 91.6 | 91.1 | 79.8 | 77.2 |
| Porcentaje de partos atendidos por parteras en mujeres de 10 a 49 años | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| Porcentaje de partos en adolescentes atendidos en la red de establecimientos del Sistema Nacional de Salud (SNS) | 24.3 | 23.6 | 22.9 | 22.5 | 21.0 |
| Razón de mortalidad materna (directas e indirectas) x 100 000 nacidos vivos | 38.0 | 52.6 | 42.3 | 27.4 | 31.1 |
| Muertes maternas nacional** | 48 | 60 | 48 | 31 | 35 |
| Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 8 a 28 días) por 1000 nacidos vivos SNS | 1.2 | 1.5 | 1.4 | 1.5 | 1.3 |
| Tasa de mortalidad neonatal tardía (de 8 a 28 días) por 1000 nacidos vivos SNS | 1.2 | 1.5 | 1.4 | 1.5 | 1.3 |
| Tasa de mortalidad por SIDA a nivel hospitalario SNS | 4.2 | 3.5 | 3.3 | 2.8 | 2.7 |
| Número de casos de coinfección TB-VIH | 203 | 203 | 177 | 201 | 168 |
| Tasa anual de casos de VIH-SIDA por 100 000 habitantes | 22.9 | 20.0 | 18.4 | 17.7 | 19.5 |
| Porcentaje de recién nacidos hijos de madres (VIH +) infectados con VIH(c) | 5.1 | 1.9 | 1.2 | 1.4 | 5.5 |

Tomado de Memoria de Labores del MINSAL, 2018



años forjando un
futuro digno y de
igualdad para las
mujeres

-  www.ormusa.org -- Correo: ormusa@ormusa.org
-  www.facebook.com/ormusa.organizacion
-  [@ORMUSA_ONG](https://twitter.com/ORMUSA_ONG)
-  [ormusa.org](https://www.instagram.com/ormusa.org)
-  www.observatoriodeviolencia.ormusa.org
-  www.observatoriolaboral.ormusa.org
-  www.observatoriodederechossexualesyderechosreproductivos.org
-  www.observatoriodeseguridadciudadanadelasmujeres.org
-  www.observatoriodelosderechosdelaninezylaadolescencia.org
-  www.observatoriocentroamericanodeviolencialaboral.org