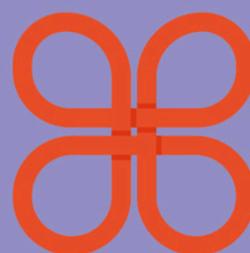


Derechos en tensión:

retos y nudos en el acceso a los derechos sexuales y derechos reproductivos en El Salvador.



INFORME 2024



ORMUSA

OBSERVATORIO
DE DERECHOS SEXUALES Y
DERECHOS REPRODUCTIVOS

Con el apoyo de

Nafarroako  Gobierno
Gobernua de Navarra



AGENDA
2030



Asamblea de
Cooperación
por la Paz



AYUNTAMIENTO DE CÓRDOBA

Derechos en tensión:

retos y nudos en el
acceso a los derechos
sexuales y derechos
reproductivos en
El Salvador.



Informe Anual del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
<https://observadsdr.org/>

Responsables

Aprobación final

Jeannette Urquilla

Coordinación y edición

Vilma Vaquerano

Redacción

Guadalupe Rodríguez

Cristina Chavarría

Morena Barraza

Diseño y diagramación

Oswaldo Hernández

San Salvador, junio 2025



Índice

• Introducción	1
• Tendencias en fecundidad y embarazo en adolescentes en El Salvador	2
• Disminución de la Tasa Global de Fecundidad	5
• Conclusiones	10
• Recomendaciones	10
• Embarazo en niñas y adolescentes: una realidad persistente	11
• Censo 2024: Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales	12
• Perspectiva de mujeres de comunidades rurales frente a los embarazos de niñas y adolescentes	16
• Impunidad y respuesta institucional	17
• Pobreza y dependencia económica	18
• Propuestas comunitarias	18
• Conclusiones	19
• Recomendaciones	19
• El reto de acercar la atención preconcepcional	20
• Mortalidad, pruebas y atenciones por cáncer en mujeres	23
• Desafíos en el acceso, cobertura y calidad de la detección temprana	27
• Factores socioculturales y económicos que afectan la prevención	28
• Recomendaciones	29
• Métodos anticonceptivos	31
• Atención por planificación familiar en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)	33
• Testimonio de una usuaria del anticonceptivo del implante subdérmico	34
• Principales hallazgos	37
• Reflexiones finales	37
• Recomendaciones para mejorar el acceso y satisfacer la demanda	38
• Servicios de salud en zonas rurales	39
• Conclusiones y recomendaciones	44
• Retos y Reflexiones desde la Atención en Salud Mental vinculada a la salud sexual y reproductiva	46
• Conclusiones y recomendaciones	48
• Bibliografía	49
• Entrevistas	51
• Referencias	51

Introducción

El Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos presenta su Informe Anual 2024, compartiendo un análisis integral sobre las tendencias, avances y desafíos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en El Salvador.

Este documento recoge datos estadísticos, testimonios y estudios de caso que reflejan la realidad de niñas, adolescentes y mujeres en un contexto marcado por transformaciones demográficas, desigualdades persistentes y barreras estructurales que limitan el ejercicio pleno de sus derechos.

En 2024, El Salvador registró una disminución sostenida en la fecundidad y el embarazo adolescente, según el VII Censo de Población. Sin embargo, estos avances conviven con profundas disparidades territoriales. Asimismo, persisten desafíos críticos en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, desde la planificación familiar hasta la prevención del cáncer y la atención preconcepcional, agravados por la reducción de servicios de salud en diversas zonas del interior del país.

Este informe se estructura en seis ejes temáticos: Tendencias en fecundidad y embarazo adolescente, donde se analiza la transición demográfica y las desigualdades existentes; embarazo en niñas y adolescentes, una violación de derechos humanos vinculada a violencia sexual, impunidad y falta de educación integral de la sexualidad. Atención preconcepcional y mortalidad materna, con énfasis en la prevención y las brechas en el acceso a servicios.

De igual manera se analiza el contexto del cáncer en mujeres, destacando las barreras en detección temprana y los determinantes socioculturales. Planificación familiar, donde se evidencia la demanda insatisfecha y los roles de género que perpetúan la carga en las mujeres. Acceso a servicios de salud, incluyendo el impacto de reducción de servicios comunitarios de salud en zonas rurales y carencias en atención psicológica con enfoque de derechos.

A través de datos oficiales, testimonios de lideresas comunitarias y análisis comparativos, se busca visibilizar las deudas pendientes en políticas públicas y ofrecer recomendaciones para una respuesta intersectorial que garantice derechos, autonomía y vida digna para todas las mujeres en El Salvador. La salud sexual y salud reproductiva es un indicador clave de desarrollo, así como un derecho humano fundamental que exige acciones urgentes y sostenidas.

ORMUSA reafirma su compromiso con la incidencia basada en evidencia y la defensa de un enfoque de género, interculturalidad y justicia social, elementos claves en el ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Tendencias en fecundidad y embarazo en adolescentes en El Salvador

1. Contexto

En los últimos años, El Salvador ha experimentado una disminución sostenida en los indicadores de fecundidad y embarazo adolescente. La caída progresiva de la tasa global de fecundidad y el descenso de embarazos reflejan un importante cambio demográfico y social. Sin embargo, persisten factores estructurales profundamente arraigados que amenazan la sostenibilidad de estos avances.

Frente a este panorama se requiere una respuesta integral, intersectorial y sostenida que garantice los derechos, el bienestar y el desarrollo pleno de niñas, adolescentes y mujeres salvadoreñas.

Gráfico 1:

El Salvador. Proporción de mujeres en edad fértil respecto a la población total en 2007 y 2024



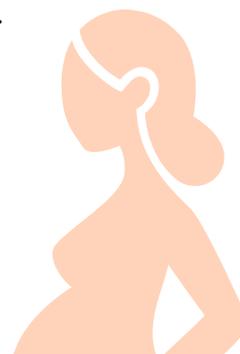
Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

2. Datos del censo 2024

2.1 Cambios demográficos

Según el VII Censo de Población y VI de Vivienda de 2024, se define como mujeres en edad fértil a aquellas entre los 15 y 49 años. Este grupo representa el 27.5% (1,671,535 mujeres) del total de la población salvadoreña, concentrando la mayoría de los nacimientos y constituyendo el foco principal de las estadísticas reproductivas.

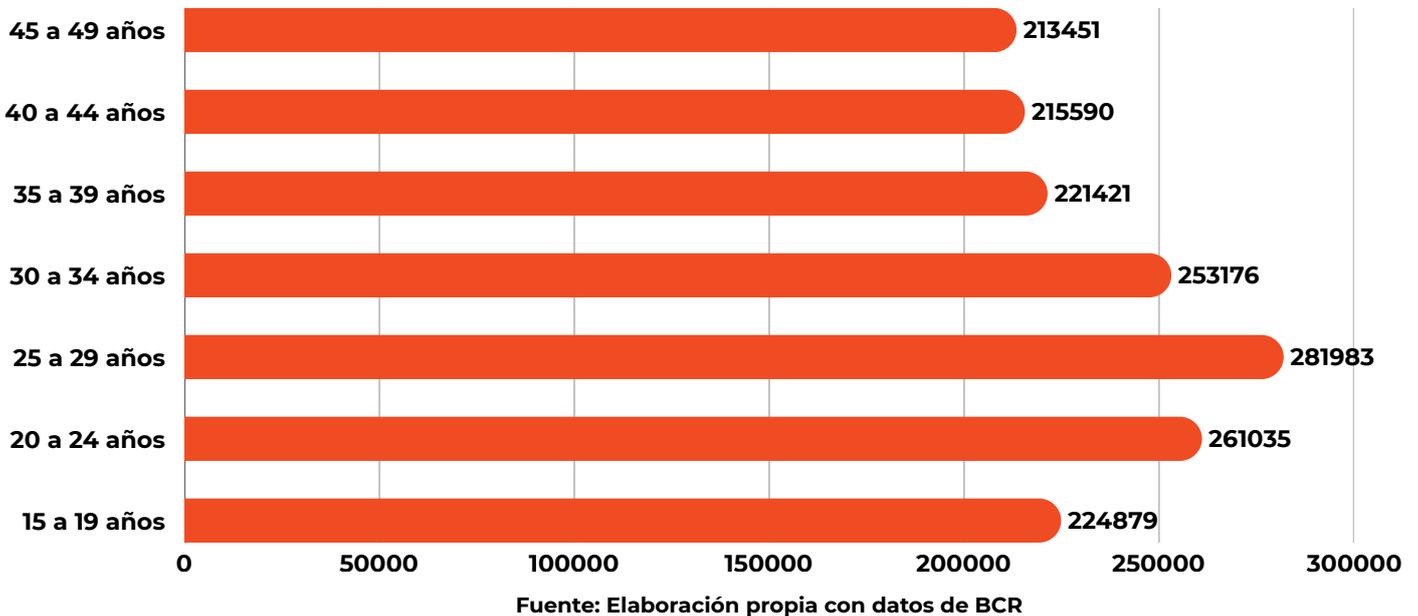
En comparación con el censo de 2007, la proporción de mujeres en edad fértil creció ligeramente, pasando de 26.9% a 27.5%. Dentro de la población, las mujeres de entre 25 y 29 años son las más numerosas.



1 Banco Central de Reserva (BCR) – Oficina Nacional de Estadísticas y Censos (ONEC). 2024. Censo 2024. <https://geoportal.bcr.gob.sv/pages/teg-fecundidad>

Gráfico 2:

El Salvador. Mujeres en edad fértil (15 a 49 años), desagregado por grupos de edad, censo 2024



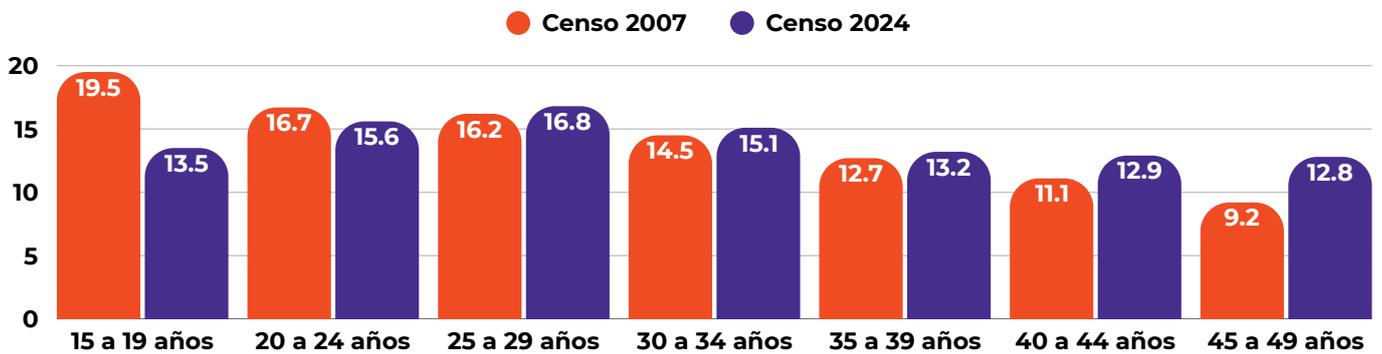
La comparación de los censos 2007 y 2024 muestra una transformación significativa en la estructura por edad de las mujeres en edad fértil (15-49 años):

- **Reducción en los grupos de mujeres más jóvenes (15-19 y 20-24 años):** En 2007, las mujeres de 15 a 19 años representaban el 19.5% del total en edad fértil; en 2024, solo el 13.5%. De forma similar, el grupo de 20 a 24 años disminuyó ligeramente (de 16.7% a 15.6%). Esto sugiere una disminución en la proporción de mujeres adolescentes y jóvenes, posiblemente como resultado de menor fecundidad y el envejecimiento general de la población.
- **Aumento en los grupos mayores (35-49 años):** Los porcentajes de mujeres entre 35-39 y 40-49 años han crecido (especialmente el grupo de 45-49, que pasó de 9.2% a 12.8%). Este cambio indica un envejecimiento de la población en edad fértil, coherente con la transición demográfica y la disminución sostenida de la fecundidad.

Este cambio en la estructura etaria tiene implicaciones clave para la planificación de servicios de salud sexual y reproductiva, el diseño de políticas públicas de cuidado, empleo, y educación.

Gráfico 3:

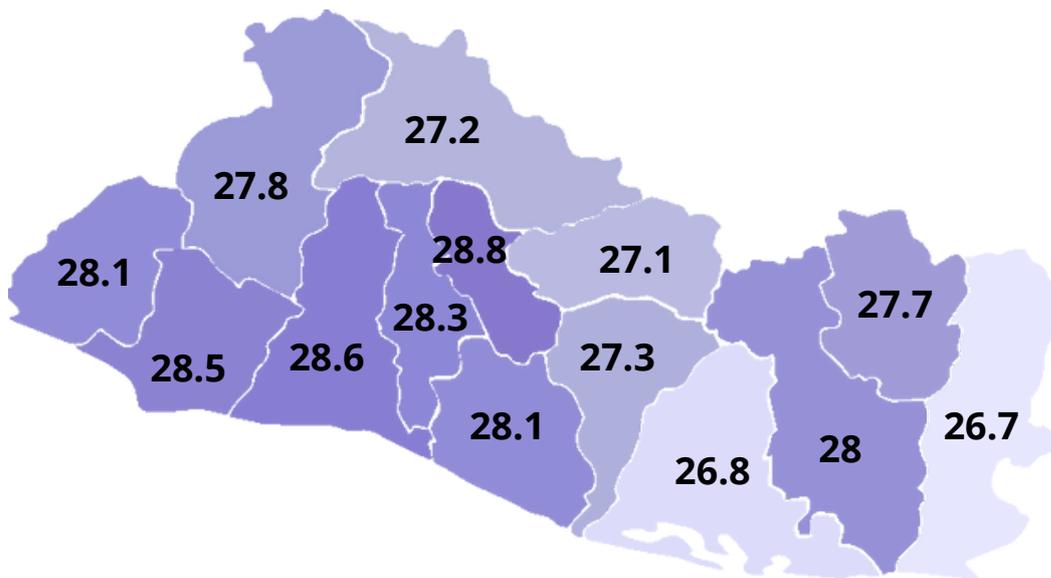
El Salvador. Distribución de mujeres en edad fértil, por grupo etario, censo 2007 y 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

2.2 Distribución territorial

El Salvador. Proporción de mujeres en edad fértil por departamento, Censo 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

*En el mapa no se incluye a mujeres en edad fértil privadas de libertad, que se encuentran en el rango definido (15 a 49 años).

En 2024, la proporción de mujeres en edad fértil se distribuye de manera relativamente homogénea entre los departamentos del país, con valores que oscilan entre 26.7% y 28.8%.

Los departamentos con mayor proporción son: Cuscatlán (28.8%), La Libertad (28.6%), Sonsonate (28.5%) y San Salvador (28.3%)

En contraste, los porcentajes más bajos se observan en: La Unión (26.7%), Usulután (26.8%) y Cabañas (27.1%).

Aunque estas diferencias no son extremas, pueden influir en la focalización de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, especialmente en departamentos con mayor densidad de mujeres en edad fértil.

2.3 Grupos invisibilizados

Un aspecto crítico del análisis censal es la exclusión de niñas de 10 a 14 años, un grupo particularmente vulnerable. Aunque no se consideran parte de la población en edad fértil, muchas han sido forzadas a la maternidad como resultado de violencia sexual. Este fenómeno, constituye una grave violación de derechos humanos y desafía las categorías convencionales con las que se mide la fecundidad en el país.

Esta situación exige políticas específicas para la prevención de la violencia sexual, el acceso a la justicia, la atención integral en salud y la protección social para estas niñas.

Otro grupo excluido de forma sistemática son las mujeres privadas de libertad, especialmente en el contexto reciente del régimen de excepción, que ha incrementado la población penitenciaria femenina. Diversas organizaciones de la sociedad civil han documentado casos de violencia sexual dentro del sistema penitenciario, algunos de los cuales han resultado en embarazos. Este grupo también demanda atención diferenciada en las estadísticas, políticas públicas y mecanismos de protección.²

3. Disminución de la Tasa Global de Fecundidad

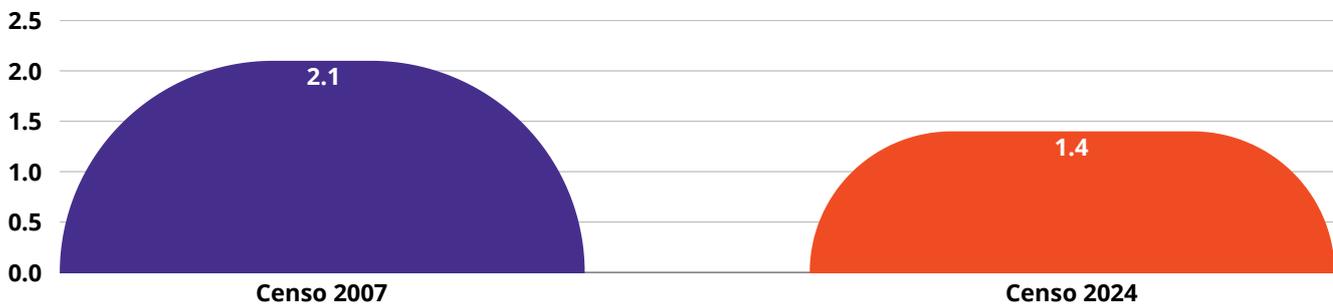
La Tasa Global de Fecundidad (TGF)³ en El Salvador descendió de 2.1 hijos por mujer en 2007 a 1.4 en 2024, alcanzando así el nivel más bajo registrado en el país. Este valor no solo está por debajo del umbral de reemplazo generacional (2.1 hijos por mujer), sino que también señala un punto de inflexión en la transición demográfica nacional.

² La Prensa Gráfica. 7 de abril de 2025. Documentan abusos contra bebés y mujeres en prisión durante régimen de excepción. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Documentan-abusos-contra-bebes-y-mujeres-en-prision-durante-regimen-de-excepcion-20250407-0032.html>

³ La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es el número promedio de hijos que tendría una mujer a lo largo de su vida si se mantuvieran las tasas de natalidad observadas en un determinado año. Una TGF de 2.1 hijos por mujer se considera necesaria para mantener constante la población a largo plazo, sin migración.

Gráfico 4:

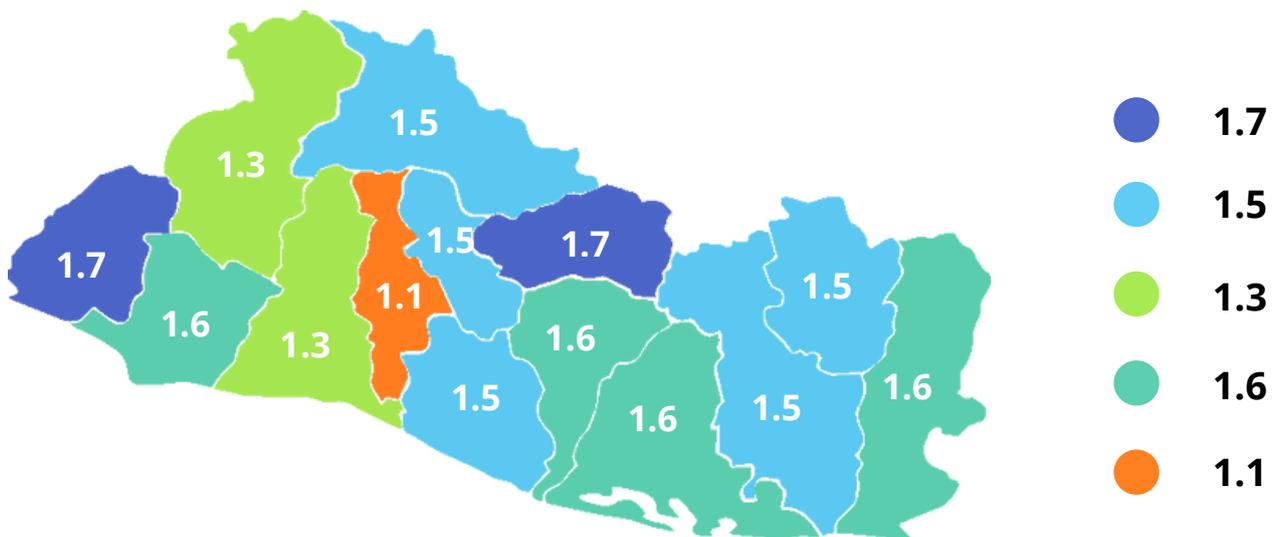
El Salvador. Tasa Global de Fecundidad 2007 y 2024 (Número de hijos por mujer en edad fértil)



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

3.1 Desigualdades territoriales en la TGF

El Salvador. Tasa Global de Fecundidad por departamento 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) muestra una variabilidad territorial significativa en El Salvador, reflejando disparidades socioeconómicas, culturales y en el acceso a servicios de salud y educación.

Los datos desagregados por departamento, evidencian que la fecundidad varía según el departamento:

- **Departamentos con mayor TGF:** Ahuachapán y Cabañas reportan la TGF más alta del país con 1.7 hijos por mujer, seguidos por Sonsonate, Usulután, San Vicente y La Unión con 1.6. Estas zonas suelen presentar características rurales más marcadas, mayores índices de pobreza y menor cobertura de servicios de salud reproductiva.
- **Departamentos con menor TGF:** San Salvador registra la TGF más baja con 1.1 hijos por mujer, seguido por Santa Ana y La Libertad con 1.3. Esta tendencia coincide con niveles más altos de urbanización, mayor acceso a educación, mayor cantidad de empleo formal y más servicios de planificación familiar.
- **Departamentos en el rango medio (1.5):** Chalatenango, Cuscatlán, La Paz, San Miguel y Morazán se ubican en el rango intermedio con una TGF de 1.5, lo que podría indicar una transición demográfica en curso.

Existe una correlación entre nivel de urbanización y baja fecundidad, lo cual es evidente en San Salvador, La Libertad y Santa Ana.

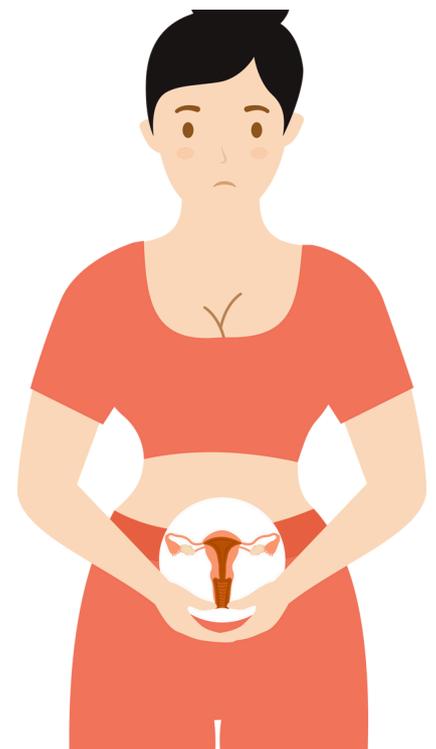
Las zonas rurales o con menor desarrollo socioeconómico mantienen niveles más altos de fecundidad, lo que evidencia la necesidad de fortalecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como programas educativos y de empoderamiento para mujeres y adolescentes.

Estas diferencias reflejan una transición demográfica desigual, representando un desafío para la planificación de políticas públicas adaptadas a las realidades de cada territorio.

3.2 Cambios en el comportamiento reproductivo.

Lo anterior está asociado también a una transformación en los patrones de comportamiento reproductivo, especialmente entre las mujeres en edad fértil (15 a 49 años)⁴.

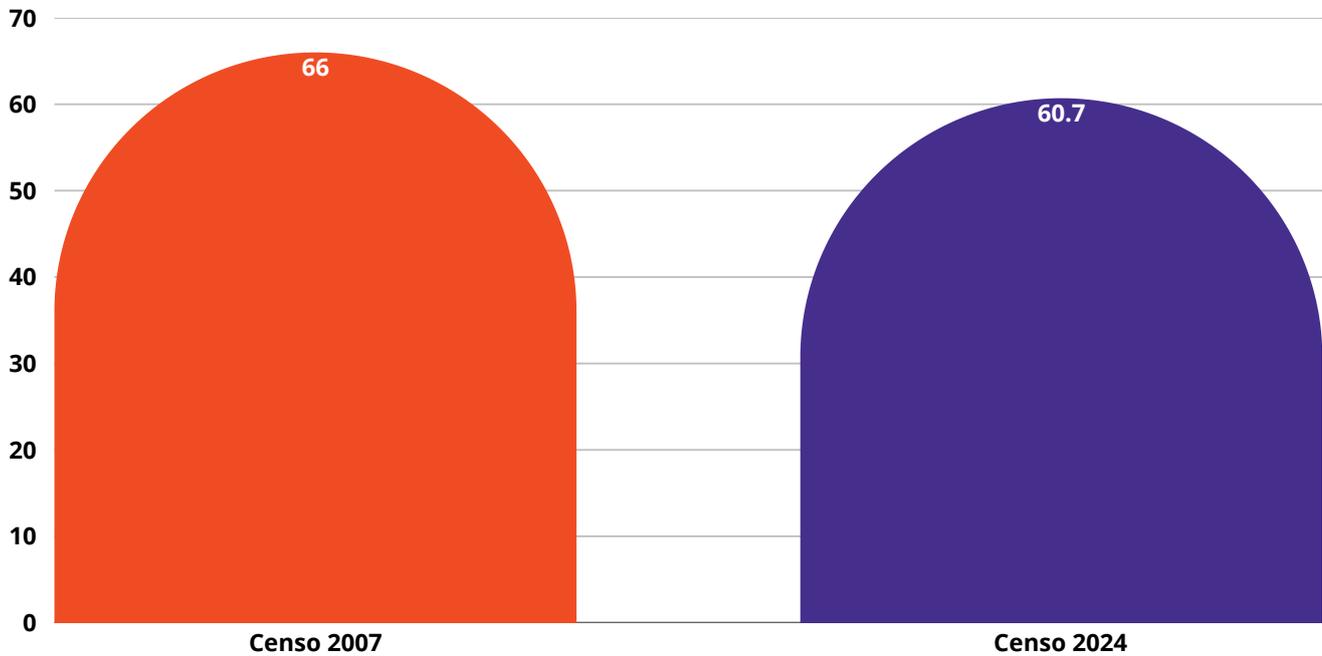
El Censo de Población y Vivienda 2024 confirma esta tendencia, mostrando que el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que han tenido al menos un hijo disminuyó de 66% en 2007 a 60.7% en 2024.



⁴ En el VII Censo de Población y VI de Vivienda realizado en el 2024, se consideraron a mujeres en edad fértil, las que se encuentran en las edades entre 15 a 49 años.

Gráfico 5:

El Salvador. Proporción de mujeres en edad fértil con al menos un hijo nacido vivo en 2007 y 2024



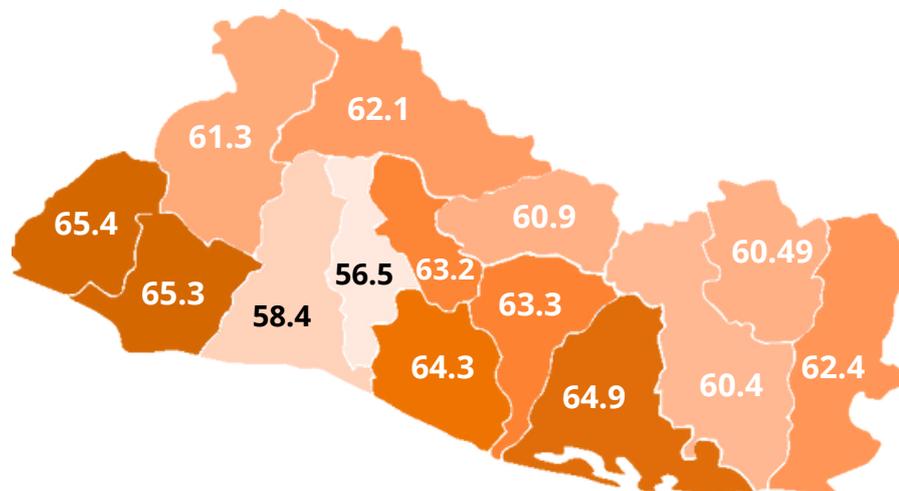
Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

3.3 Brechas territoriales

Los datos del Censo de Población y Vivienda 2024 revelan importantes diferencias territoriales en la proporción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que han tenido al menos un hijo nacido vivo. Esta información permite comprender las dinámicas reproductivas a nivel departamental y ofrece insumos clave para la formulación de políticas públicas diferenciadas.

Los departamentos con mayor proporción de maternidad son: Ahuachapán (65.4%), Sonsonate (65.3%), Usulután (64.9%) y La Paz (64.3%).

El Salvador. Proporción de mujeres en edad fértil con al menos un hijo nacido vivo, por departamento 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

Estos departamentos superan el 64%, lo que sugiere alta prevalencia de maternidad entre mujeres en edad fértil, posiblemente asociada a contextos predominantemente rurales, menor acceso a servicios de salud reproductiva, y patrones culturales que favorecen la maternidad temprana.

En los departamentos con proporciones intermedias (60% – 63.5%) se ubican Cabañas, Chalatenango, Cuscatlán, La Unión, Morazán, San Miguel, Santa Ana, San Vicente.

Estos territorios mantienen niveles altos de maternidad, aunque ligeramente inferiores a los del grupo anterior, reflejando la continuidad de esquemas reproductivos tradicionales, con ciertas variaciones según condiciones socioeconómicas locales.

Los departamentos con menor proporción de maternidad son San Salvador (56.5%) y La Libertad (58.4%)

Ambos departamentos, de carácter más urbano y con mejores indicadores educativos y de acceso a servicios de salud, presentan las proporciones más bajas de mujeres en edad fértil con al menos un hijo nacido vivo. Esto puede reflejar una mayor postergación de la maternidad y decisiones reproductivas más planificadas.

4. Conclusiones

- El Salvador experimenta una transición demográfica, con una disminución sostenida en la fecundidad. Sin embargo, esta transformación no es homogénea en todo el país; persisten disparidades significativas entre territorios rurales y urbanos, con mayor fecundidad en departamentos rurales y menor en zonas urbanas.
- La estructura etaria de las mujeres en edad fértil refleja el envejecimiento poblacional y una transformación de los comportamientos reproductivos. La disminución de mujeres jóvenes (15–24 años) y el aumento de las mayores de 35 años evidencian un proceso de envejecimiento poblacional dentro del grupo reproductivo, lo que tendrá implicaciones para los servicios de salud, políticas de cuidado y planificación social a futuro.
- Subregistro y exclusión de poblaciones vulnerables: Niñas de 10 a 14 años y mujeres privadas de libertad siguen siendo invisibilizadas en las estadísticas oficiales, pese a enfrentar riesgos reproductivos graves. Esta omisión limita el alcance de las políticas públicas y la garantía de sus derechos.

5. Recomendaciones

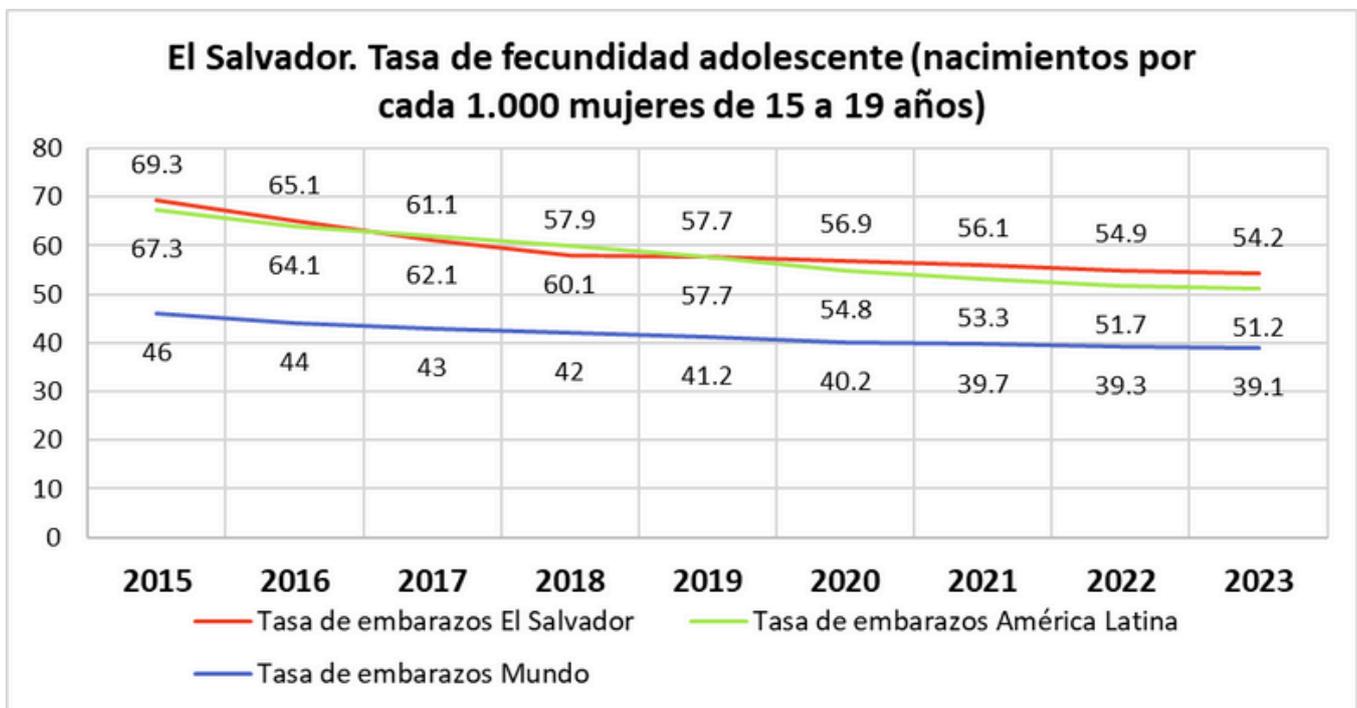
1. Diseñar políticas públicas diferenciadas según las dinámicas demográficas territoriales, priorizando la cobertura en salud sexual y reproductiva en zonas con alta fecundidad.
2. Incluir a niñas menores de 15 años en los sistemas de información estadística, como grupo clave para la prevención del embarazo infantil y la atención de víctimas de violencia sexual.
3. Ampliar los programas de educación sexual integral, especialmente en zonas rurales y con altos índices de pobreza.
4. Fortalecer mecanismos de protección para mujeres privadas de libertad, garantizando derechos sexuales y reproductivos dentro del sistema penitenciario.
5. Aprovechar la transición demográfica para avanzar en políticas de desarrollo humano sostenible, con enfoque de derechos, igualdad de género y justicia social.

Embarazo en niñas y adolescentes: una realidad persistente

El embarazo en niñas y adolescentes sigue siendo una problemática crítica en El Salvador, pese a los avances en la reducción general de la fecundidad. Representa una de las violaciones más graves a los derechos humanos, ya que muchas de estas gestaciones ocurren en contextos de violencia sexual. Aunque existen marcos legales destinados a proteger a las niñas y adolescentes, los embarazos tempranos persisten, evidenciando brechas en la prevención, atención y garantía efectiva de sus derechos.

Los datos del Banco Mundial muestran una tendencia sostenida a la baja en la tasa de embarazos en adolescentes (15 a 19 años) en El Salvador, en comparación con el promedio regional de América Latina y el promedio mundial.

Gráfico 6:



Contexto

Evolución de la tasa de embarazos en adolescentes (2015–2023)

Entre 2015 y 2023, El Salvador experimentó una disminución del 21.8% en la tasa de embarazos adolescentes, pasando de 69.3 a 54.2. Esta tendencia es consistente con la observada en América Latina (reducción del 23.9%) y a nivel mundial (reducción del 15%).

Pese a la mejora notable, El Salvador mantiene tasas más altas que el promedio regional y global. En 2015, superaba la media de América Latina por 2 puntos; para

2023, esta diferencia se mantiene en 3 puntos. Comparado con el promedio mundial, la tasa salvadoreña sigue siendo significativamente más alta (54.2 frente a 39.1 en 2023).

El descenso más pronunciado en El Salvador se dio entre 2015 y 2018, con una baja de 11.4 puntos en solo tres años. Sin embargo, a partir de 2019 el ritmo de reducción se desacelera, con una disminución más lenta (3.5 puntos en cinco años).

Estos datos podrían reflejar tanto una estabilización de las intervenciones actuales como la necesidad de renovar o fortalecer las políticas públicas dirigidas a adolescentes.

Este descenso progresivo es una señal positiva, pero aún insuficiente frente a los estándares internacionales de desarrollo y salud pública.

Las cifras invitan a redoblar esfuerzos en materia de educación sexual integral, acceso equitativo a servicios de salud reproductiva, y reducción de las desigualdades sociales y de género que alimentan la persistencia del fenómeno (UNFPA, 2023).

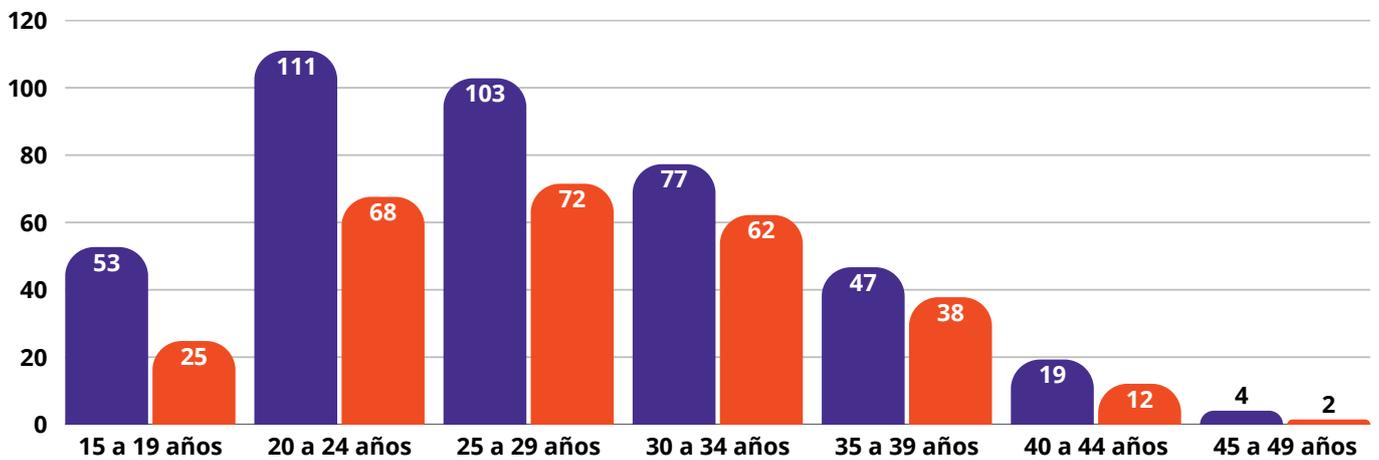
Censo 2024: Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales (2007 vs. 2024)

Desde 2022, El Salvador enfrenta serias limitaciones en el acceso a información pública oficial sobre fecundidad y embarazo adolescente. La falta de datos actualizados sobre inscripciones maternas, nacimientos y embarazos tempranos dificulta el monitoreo continuo de estas problemáticas, así como la formulación de políticas basadas en evidencia.

En este contexto, el Censo de Población y Vivienda 2024 adquiere mayor valor al constituir la fuente más reciente disponible para analizar las dinámicas reproductivas del país.

Gráfico 7:

El Salvador. Tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad en 2007 y 2024 (Por cada 1,000 mujeres)



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

El análisis de las Tasas Específicas de Fecundidad (TEF), desagregadas por grupos de edad, permite observar con mayor detalle cómo ha evolucionado la maternidad en distintos momentos del ciclo reproductivo de las mujeres. Los datos comparativos entre los censos de 2007 y 2024 muestran una disminución sostenida y significativa en todos los grupos etarios, con énfasis particular en adolescentes y mujeres jóvenes.

Los datos revelan una caída significativa en la fecundidad adolescente: de 52.7 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 2007, a 24.8 en 2024. Esta disminución representa un avance importante. Sin embargo, se debe seguir trabajando en la prevención del embarazo adolescente.

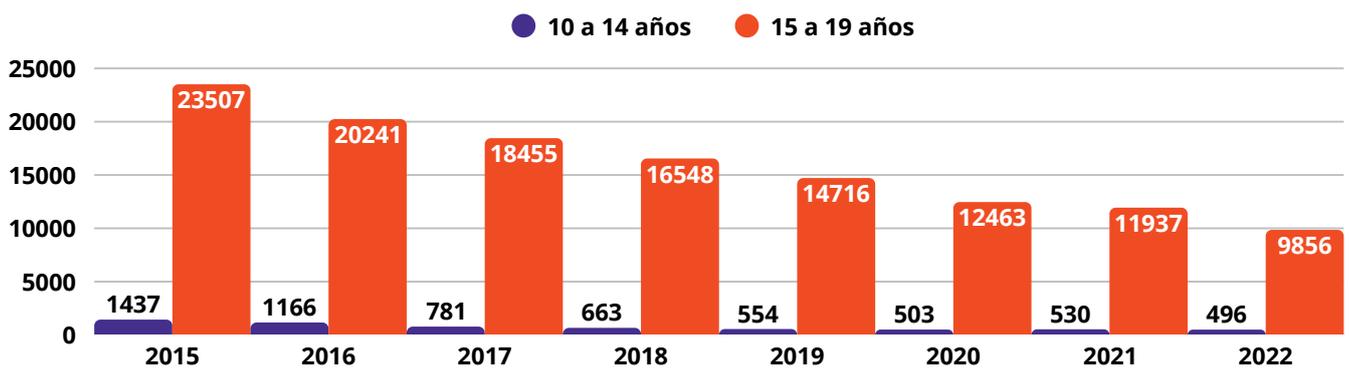
Por otra parte, la persistencia de embarazos en niñas menores de 15 años continúa siendo alarmante. Este grupo, excluido de la categoría convencional de "mujeres en edad fértil", enfrenta situaciones de violencia sexual y coerción reproductiva que con frecuencia derivan en maternidad forzada. Las estadísticas oficiales han sido escasas en los últimos años, dada la falta de acceso público a los registros de inscripciones maternas y nacimientos, lo que dificulta un seguimiento preciso de esta problemática.

Inscripciones prenatales en niñas y adolescentes

Los datos nacionales reportados por UNFPA (2023) muestran una disminución significativa y sostenida en el número absoluto de embarazos tanto en niñas de 10 a 14 años como en adolescentes de 15 a 19 años durante el período de 2015 a 2022.

Gráfico 8:

El Salvador. Cantidad de Inscripciones prenatales de niñas y adolescentes de 10 a 19 años, 2015 - 2022



Fuente: Elaboración propia con datos del Mapa de Embarazos, UNFPA 2023

El Estado de El Salvador informó en respuesta al informe preliminar al MECANISMO DE SEGUIMIENTO CONVENCIÓN BELÉM DO PARÁ (MESECVI) que las medidas de prevención del embarazo en la adolescencia han mostrado un nivel significativo de efectividad. Entre 2018 y 2022, se registraron un total de 49,279 inscripciones prenatales de niñas o adolescentes, entre los 11 y los 18 años. La tendencia mostró una clara disminución.⁶

De 12,692 casos en 2018, se pasó a 7,413 en 2022, una reducción del 41.6% según el informe de UNFPA. El número total de embarazos en niñas y adolescentes (10 a 19 años) pasó de 24,944 en 2015 a 10,352 en 2022, lo que representa una reducción del 58.5%.

En niñas de 10 a 14 años: Se observa una reducción del 65.5% (de 1,437 en 2015 a 496 en 2022). En adolescentes de 15 a 19 años: El número pasó de 23,507 en 2015 a 9,856 en 2022, una disminución del 58.1%.

La disminución constante en el número absoluto de embarazos adolescentes en El Salvador es un avance. Sin embargo, la persistencia de embarazos en niñas menores de 15 años exige mantener y fortalecer las estrategias de detección de abuso sexual, protección infantil y justicia penal efectiva.

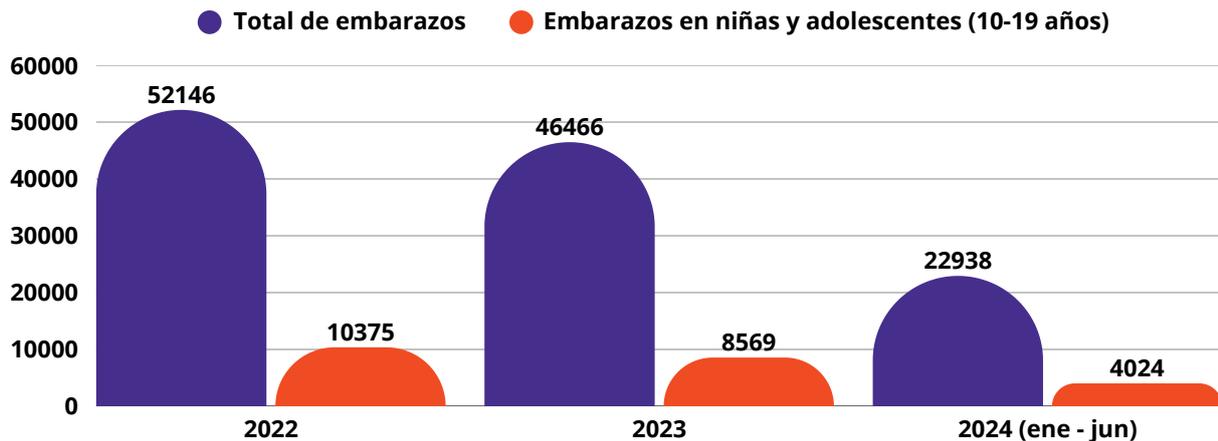
⁶ Banco Mundial. S.f. Portal de datos de Género - El Salvador. <https://genderdata.worldbank.org/en/economies/el-salvador>

La reducción en adolescentes de 15 a 19 años, aunque significativa, indica que el embarazo precoz sigue siendo una realidad común, y debe abordarse con mayor profundidad desde una perspectiva intersectorial y de género.

Datos MINSAL

Gráfico 9:

El Salvador. Numero de embarazos en niñas y adolescentes, años 2022, 2023 y enero a junio 2024



Fuente: Elaboración propia con datos de BCR

Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL)⁷, la proporción de niñas y adolescentes embarazadas entre los 10 y 19 años ha disminuido progresivamente en los últimos años, lo que refleja avances en la reducción de esta problemática; sin embargo, los números siguen siendo preocupantes y demandan atención continua de la violencia sexual y de la Educación Integral de la Sexualidad, para evitar retrocesos.

Tendencias en los últimos años:

- **Año 2022:** De los 52,146 embarazos registrados, 10,372 corresponden a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años, representando el 19.9 % del total.
- **Año 2023:** De las 46,466 inscripciones maternas, 8,569 fueron niñas y adolescentes, lo que equivale al 18.4 %. Esto marca una disminución interanual de 1.5 puntos porcentuales en este grupo de edad.
- **Primer semestre 2024:** Entre enero y junio de 2024, se registraron 22,938 embarazos, de los cuales 4,024 corresponden a niñas y adolescentes, lo que equivale al 17.5% del total.

⁷ Diario El Salvador. 19 de agosto de 2024. Los embarazos en adolescentes han disminuido un 9.5 % en los últimos seis años. https://diarioelsalvador.com/los-embarazos-en-adolescentes-han-disminuido-un-9-5-en-los-ultimos-seis-anos/550681/#google_vignette

La reducción progresiva de los embarazos en niñas y adolescentes debe celebrarse, pero también motivar mayores esfuerzos para abordar las raíces de esta problemática y garantizar un futuro en el que todas las niñas y adolescentes tengan las herramientas necesarias para ejercer plenamente sus derechos.

Perspectiva de mujeres de comunidades rurales frente a los embarazos de niñas y adolescentes.

Las voces de tres mujeres líderes comunitarias: Verónica Carranza, Carmen y Claudia Rodas, comparten sus testimonios sobre la realidad que enfrentan las niñas y adolescentes en sus territorios.

Las lideresas coinciden en que el embarazo en niñas y adolescentes es un fenómeno extendido, aunque muchas veces invisibilizado. Claudia Rodas, presidenta de la Asociación de Mujeres de San Pedro Masahuat (ASOMUSA), estima que hay numerosos casos de niñas embarazadas entre los 13 y 17 años, aunque no todos son registrados oficialmente. Lo que sugiere que existe un subregistro por parte de las instituciones.

“Hay bastantes casos, ahí en las comunidades están los casos latentes, pero no se contabilizan. Las niñas tienen 13, 14, 15, 17 años... es preocupante.” – Claudia Rodas

Verónica Carranza y Carmen Pérez Hernández, también expresan que la situación ha aumentado y que muchas veces se da en contextos donde hay poca información y nula acción estatal.

Normalización del abuso y silencio familiar

Un factor común identificado es la tendencia de las familias a guardar silencio ante un embarazo infantil, por miedo o conveniencia. Claudia relata que muchas familias prefieren que la niña "se acompañe" con el agresor antes que enfrentar un proceso judicial. "Dicen mejor que le ayude a mantenerlo, que trabaje".

“Se decide mejor que la niña se acompañe con el papá del bebé, por tal de que no haya problemas... los casos se quedan invisibilizados.” – explica Claudia Rodas.

Carmen relata que algunos embarazos simplemente "desaparecen", sin explicación. Lo que podría estar relacionado con abortos espontáneos. Pero todo queda en el silencio familiar.

Impunidad y respuesta institucional

Las mujeres entrevistadas coinciden en que se requiere mayor acción por parte de las instituciones responsables. Claudia lamenta que, pese a conocerse casos de estupro, ni hospitales ni autoridades actúan.

“Ni el hospital ni las autoridades hacen algo. Prácticamente dejan a la niña ahí, sin apoyo alguno” afirma Claudia. “Se conocen los casos, se sabe que han sido víctimas, pero no se les da seguimiento”.

Verónica es clara al señalar que los agresores no son castigados. Claudia lo confirma: hay impunidad generalizada, y muchas veces el agresor es parte del entorno cercano, lo que dificulta o impide la denuncia.

“A veces es un primo, un tío, un padrastro... por eso no se denuncia. La familia prefiere callar.” – dice Claudia.

Claudia compartió el caso de una niña de 13 años embarazada por un hombre de 25. La madre, al enterarse, se la llevó de la comunidad para evitar enfrentamientos legales. El caso no fue judicializado.

“Era una niña bien tiernita, estaba en séptimo grado. Eso me impactó mucho.” – Claudia Rodas

Claudia también destaca la desaparición o debilitamiento de servicios clave como los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), que proveían métodos anticonceptivos y educación en salud sexual. Además, enfatiza que la comunidad tiende a silenciar estos casos, normalizando que las niñas se acompañen con los hombres responsables del embarazo para evitar repercusiones legales.

Falta de educación sexual integral

Otro elemento clave identificado es la prohibición de hablar de educación sexual en las escuelas y la resistencia de las familias a abordar el tema en casa.

“Las instituciones han prohibido hablar de los métodos anticonceptivos... las niñas ya no se protegen ni se cuidan.” – afirma Verónica

Existe poca o nula información sexual preventiva. Las familias no abordan el tema por miedo o prejuicio. Claudia añade que muchas niñas no saben cómo funciona su cuerpo, ni que pueden quedar embarazadas.

“Algunas niñas no saben que tener relaciones a esa edad puede dejarlas embarazadas. Nadie se los explica.” – Claudia

Red de apoyo desigual

Verónica enfatiza que muchas niñas quedan al cuidado de abuelas o solas. Por su parte, Carmen reconoce algunos casos positivos de apoyo familiar, aunque son pocos.

Claudia señala que el apoyo depende del contexto: algunas niñas tienen respaldo, otras son rechazadas o expulsadas de casa.

“Hay casos donde la mamá la echa de la casa... otras la apoyan, pero igual no hay futuro porque en muchos de los casos no pueden seguir estudiando.” – Claudia

Pobreza y dependencia económica

Las tres entrevistadas mencionan que las adolescentes no tienen opciones educativas ni laborales. Muchas veces repiten embarazos por necesidad o dependencia.

Claudia enfatiza que, sin ayuda, las niñas terminan criando solas y en condiciones precarias.

“Una niña con dos hijos, sin trabajo, sin escuela... ¿qué futuro le espera?”

– Claudia

Propuestas comunitarias

Las tres entrevistadas enfatizan la necesidad de:

- Aplicar efectivamente la ley.
- Retomar y fortalecer la educación sexual integral desde la niñez.
- Reactivar programas comunitarios de salud.
- Sensibilizar a niños, niñas, madres y padres.

“Que se hable con los niños desde temprano sobre el cuidado del cuerpo. Que no cualquiera puede tocarlos, que sepan cuidarse.” – Claudia Rodas

Los testimonios recopilados evidencian que el embarazo en niñas y adolescentes en zonas rurales no solo persiste, sino que se reproduce por un entorno estructural que promueve el silencio, la impunidad y la falta de información. La voz de estas mujeres es clave para comprender la realidad desde el territorio y para construir políticas públicas sensibles, efectivas y ancladas en los derechos humanos de niñas y adolescentes.

Conclusiones

Los datos reflejan una reducción significativa en las tasas y números absolutos de embarazos en niñas y adolescentes en El Salvador entre 2015 y 2023. Sin embargo, el país aún mantiene cifras por encima del promedio mundial, lo que indica que el problema persiste en forma estructural.

La persistencia del embarazo adolescente obedece a factores multicausales: sociales, económicos, educativos y culturales. La falta de acceso a educación sexual integral, servicios de salud amigables, y condiciones de empoderamiento son determinantes clave.

La desaceleración en la reducción de embarazos adolescentes en los últimos años sugiere que las estrategias actuales, si bien efectivas en una primera etapa, requieren renovación y adaptación para sostener los logros y llegar a las poblaciones más vulnerables.

Recomendaciones

- Impartir educación integral en sexualidad (EIS) en el sistema educativo, desde edades tempranas y de manera progresiva de acuerdo a la edad, con enfoque de derechos, género y prevención de violencia.
- Fortalecer la vigilancia y respuesta ante el abuso sexual infantil, especialmente en zonas rurales y contextos de alta vulnerabilidad.
- Ampliar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, garantizando enfoque de derechos, confidencialidad, trato respetuoso y sin discriminación.
- Garantizar la recopilación y análisis de datos desagregados por edad, sexo, territorio y condiciones socioeconómicas para mejorar el diseño de intervenciones.

El reto de acercar la atención preconcepcional

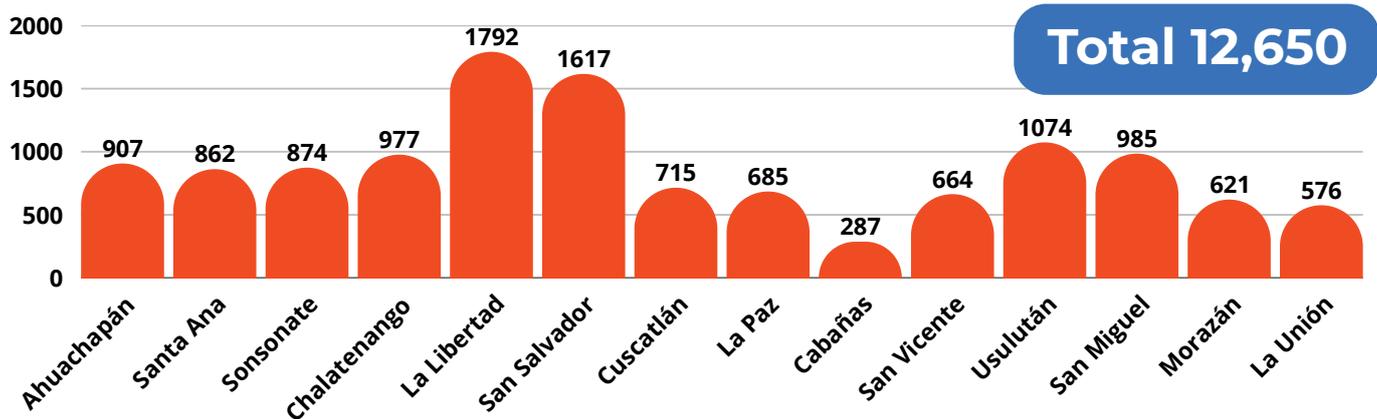
Es necesario promover la planificación de los embarazos, para evitar las muertes maternas. Todas las mujeres en edad reproductiva previo a la gestación, necesitan tener acceso a atenciones de salud en las que se identifiquen factores de riesgo asociados a complicaciones que las dejen expuestas a sufrir una morbilidad obstétrica extrema o a una muerte materno perinatal.⁸

Desde el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que incluyen el derecho a decidir si tienen o no hijos, el número de los mismos, y el momento y el intervalo para tenerlos; se considera como etapa preconcepcional todo el periodo fértil de la mujer. Este es un derecho de las mujeres que debe ser garantizado dentro de los servicios de salud.

“La atención preconcepcional busca asegurar los mayores beneficios posibles para la salud del ser que está por llegar, así como garantizar que la madre esté preparada no solo desde el punto de vista fisiológico, sino también en los aspectos social y emocional. Si nos basamos en la definición de salud, esta no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que abarca un bienestar completo: físico, mental y social; es decir, un enfoque biopsicosocial”, explicó la Licda. Rocío Elena Linares de Trujillo, directora de la carrera de Salud Materno Infantil de la Universidad del Salvador.⁹

Gráfico 10:

El Salvador. Atención preconcepcional (inscripciones) por departamento, registradas en el Ministerio de Salud, año 2023.



Elaboración propia del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con datos de OIR-MINSAL. Res: N2024-366

⁸ MINSAL. 2024. Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo. https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionpreconcepcionalyaltoriesgoreproductivo-Acuerdo-Ejecutivo-1191-03042024_v1.pdf

⁹ Entrevista a Licda. Rocío Elena Linares de Trujillo, directora de la carrera de Salud Materno Infantil de la Universidad del Salvador, Fecha 30 de agosto 2024.

Durante el año 2023, según la información proporcionada por la Oficina de Información y Respuesta del Ministerio de Salud (MINSAL), se contabilizaron 12,650 inscripciones para atención preconcepcional. Siendo el departamento de La Libertad el que reportó mayor número de inscripciones, con un total de 1,792; seguido por el departamento de San Salvador con 1,617. El departamento con menor número de inscripciones ha sido Morazán con 287.

En la atención preconcepcional “se puede detectar a tiempo si existen patologías, deficiencias nutricionales o si hace falta alguna vacuna. Hemos comprobado que, como sociedad, resulta más rentable invertir en la prevención que en el tratamiento de enfermedades. Por eso, antes de que ocurra un embarazo, debemos conocer el estado de salud de la mujer. Si necesita atención médica para mejorar su bienestar y reducir el riesgo de un embarazo que ponga en peligro su vida, entonces debemos actuar”, detalló la Licda. Linares.

El 33% (4,197) de las atenciones preconcepcionales fueron brindadas a mujeres entre 21 a 25 años, y el 29% (3,656) a mujeres entre 26 a 30 años, mientras que el 17% (2,144) se evidenció en mujeres que oscilaban entre los 31 a 35 años, en 2023.

A través de la atención preconcepcional se pueden prevenir las muertes maternas, por eso el acceso a servicios de salud de calidad no debe presentar brechas. Conforme a la OMS, la tasa de mortalidad materna (TMM) en los países de bajos ingresos en 2023 fue de 346 por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 10 por cada 100 000 nacidos vivos en los países de altos ingresos.

10

Infografía 1:

El Salvador. Atención preconcepcional (inscripciones) por edad registradas en el Ministerio de Salud, año 2023.



Fuente: Elaboración propia del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con datos proporcionados por OIR-MINSAL, resolución N2024-366.

En cuanto a la atención preconcepcional registrada durante el año 2024, con base a los datos recopilados del Plan Operativo Anual (POA) de las direcciones regionales de salud, se registró un total de 27,305 inscripciones y controles realizados.

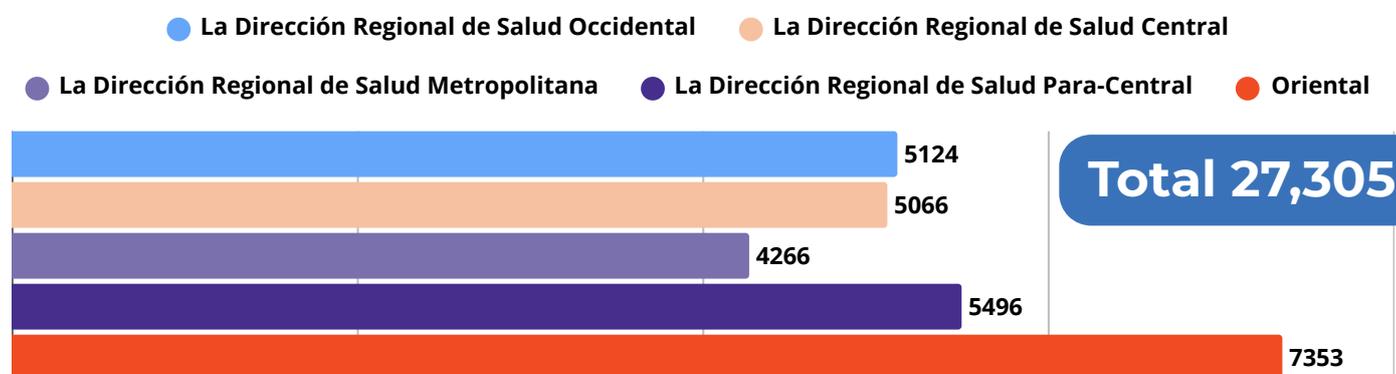
El 27% (7,353) fue registrada en la Dirección Regional de Salud Orienta, el 20% (5,496) en la Dirección Regional de Salud Para-Central, el 19% (5,124) en la Dirección Regional de Salud Occidental, el 18% (5,066) en la Dirección Regional de Salud Central y el 16% (4,266) en la Dirección Regional de Salud Metropolitana.

En consulta preconcepcional, el personal médico brinda recomendaciones para un mejor embarazo. Por ejemplo, mejora de la alimentación, ciclos de sueño, ejercicio físico. Por eso, consultar cuando se está pensando un embarazo es una excelente oportunidad para prevenir factores de riesgo. En dicha consulta también se recomendará comenzar a tomar ácido fólico, una vitamina prenatal que reduce el riesgo de malformaciones congénitas durante el embarazo.¹¹

Por tanto, durante la consulta se realiza una entrevista a una mujer o pareja por parte de un profesional del equipo de salud (personal médico, enfermería o profesional materno infantil), antes de la concepción, con el objetivo de detectar, corregir o disminuir factores de riesgo reproductivo de forma oportuna. La consulta preconcepcional aplica para mujeres a partir de 18 años, con deseo de embarazo expresado de forma verbal. Sin embargo, estos servicios en ocasiones no son conocido por las usuarias del sistema de salud público, por lo que es crucial reforzar la promoción de estos servicios y garantizar que sean equitativos.

Gráfico 11:

El Salvador. Atención preconcepcional (inscripción + control), desagregado por sede regional, 2024.



Elaboración propia del Observatorio de DSDR, con datos recopilados del POA 2024, de las Direcciones Regionales de Salud

¹¹ UNICEF.2023. ¿Por qué tener una consulta preconcepcional?

<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/por-que-tener-una-consulta-preconcepcional>

Mortalidad, pruebas y atenciones por cáncer en mujeres

El cáncer es un término genérico que engloba un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Otros términos utilizados son tumores malignos y neoplasias. Una característica distintiva del cáncer es la rápida proliferación de células anormales, que crecen más allá de sus límites habituales y pueden invadir tejidos adyacentes o propagarse a otros órganos, en un proceso conocido como metástasis. La diseminación metastásica es la principal causa de muerte por cáncer.¹²

Trabajar en la prevención del cáncer es esencial para reducir las muertes por esta causa. Aproximadamente 1 de cada 5 personas desarrollará esta enfermedad a lo largo de su vida. A nivel mundial, 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres mueren a causa del cáncer, según el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe de 2022.¹³

Durante un congreso médico celebrado en febrero de 2025, la Dra. Lisseth Ruíz de Campos, presidenta y fundadora de la Asociación Salvadoreña para la Prevención del Cáncer, afirmó que el 33% de casos de cáncer pueden prevenirse. Y enfatizó que la detección temprana aumenta las posibilidades de cura.¹⁴

Datos registrados por las Direcciones Regionales de Salud, durante el 2024

Las Direcciones Regionales de Salud de las zonas Occidental, Central, Metropolitana, Para-Central y Oriental, monitorean a través del Plan Operativo Anual, las pruebas o tamizaje de detección del cáncer.

Esta información facilita analizar las intervenciones preventivas y curativas realizadas de los distintos tipos de cáncer que afectan más a las mujeres, como el cáncer de mama y de cuello uterino. Además, permite identificar las brechas en la cobertura que se enfrentan en el sistema de salud.

Considerando que, en El Salvador, se registran 1,311,057 mujeres entre 30 a 59 años, de acuerdo a la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples, 2023¹⁵, sólo 7% (91,361) de ellas se realizó la toma de prueba de tamizaje para cáncer de cérvix durante 2024 en el sistema de salud público.

¹² OMS. 2025. Día Mundial contra el Cáncer 2024: Por unos cuidados más justos. Enlace: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2024-por-unos-cuidados-mas-justos>

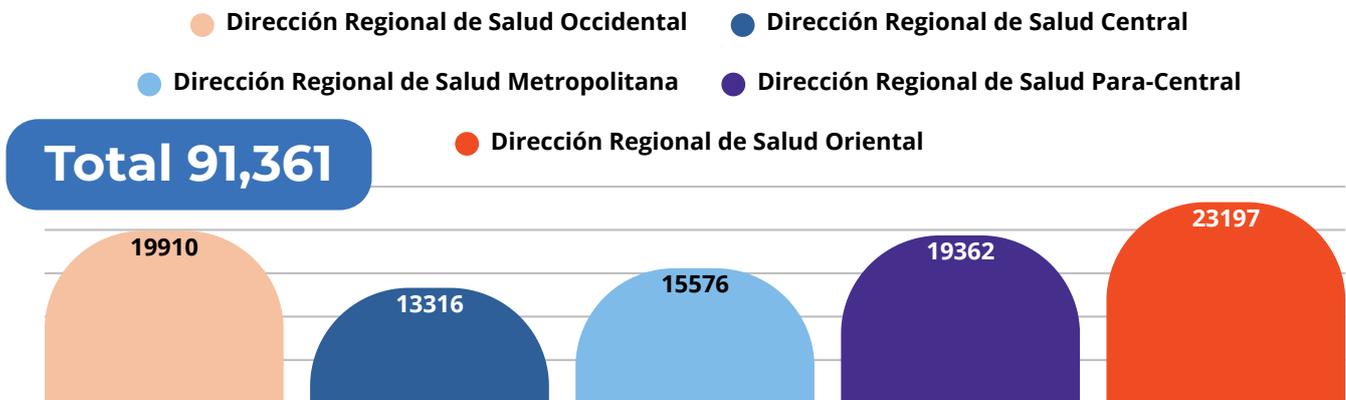
¹³ OMS. 2024. Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. Enlace: <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing-amidst-mounting-need-for-services#:~:text=Alrededor%20de%201%20de%20cada,a%20causa%20de%20la%20enfermedad.>

¹⁴ ASAPRECAN. 2025. IV Congreso Oncológico El Salvador 2025. Enlace: <https://asaprecan.org/videos-del-iv-congreso-oncologico-el-salvador-2025/>

¹⁵ Banco Central de Reserva. Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC). Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2023

Gráfico 12:

El Salvador. Toma de pruebas de tamizaje para cáncer de cérvix (30-59) (VPH + citología), desagregado por sede regional, 2024.



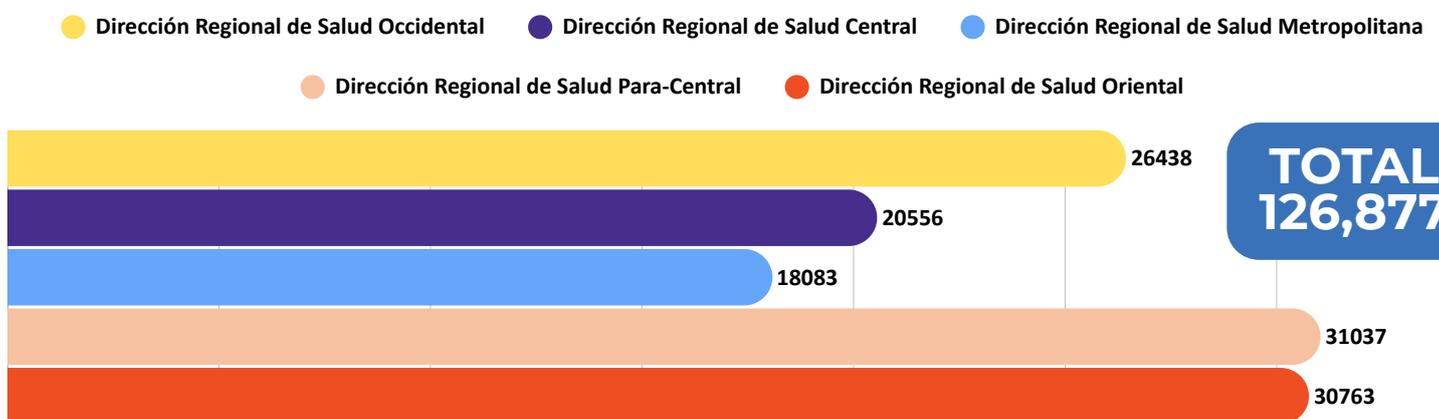
Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del POA 2024, de las Direcciones Regionales de Salud.

La sede donde se realizó el mayor número de pruebas fue en la dirección regional de Salud Oriental con 23,197 tamizajes, contabilizados en los departamentos de San Miguel, Usulután, Morazán y La Unión. No obstante, debe considerarse que otro porcentaje de mujeres asiste a servicios médicos privados.

La Dra. Silvia Alfaro Cartín, especialista en Oncología Médica de Costa Rica, enfatizó durante su presentación en el IV Congreso Oncológico que, para prevenir el cáncer de cérvix, es fundamental promover la vacunación contra el VPH como primer eslabón. Dado que esta vacuna puede prevenir más del 70% de las muertes, el segundo paso es fomentar el tamizaje. Y como tercer paso se debe realizar la atención oportuna de pacientes que presentan síntomas como sangrado anormal, citología alterada o signos de alerta durante un examen físico.¹⁶

Gráfico 13:

El Salvador. Toma de examen clínico de mamas en mujeres de 40 a 60 años, desagregado por sede regional, 2024.



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del POA 2024, de las Direcciones Regionales de Salud.

¹⁶ ASAPRECAN. 2025. IV Congreso Oncológico El Salvador 2025. Módulo Cáncer Ginecológico. Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=mbzINVH20Kk&t=11s>

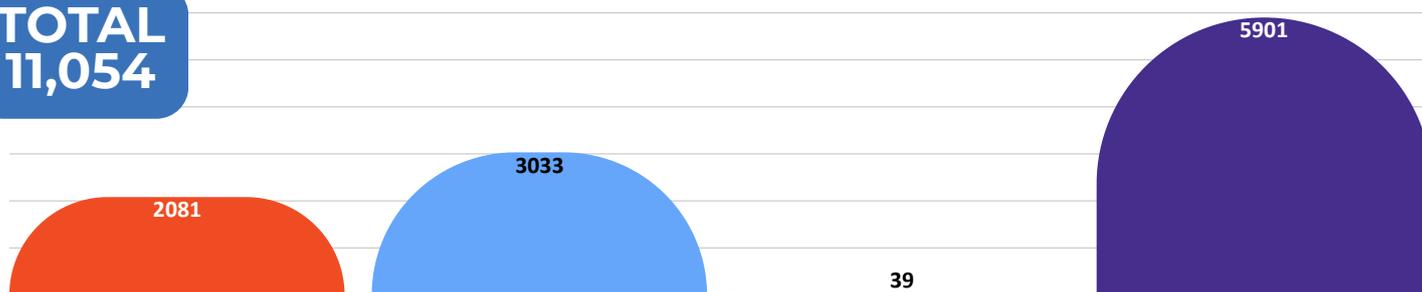
En cuanto a la toma del examen clínico de mamas en mujeres de 40 a 60 años, sólo el 15% (126,877) acudió a hospitales de la dirección regional de salud. El mayor flujo de exámenes fue tomado en la Dirección Regional de Salud Para-Central, responsable de los departamentos de Cuscatlán, San Vicente, La Paz y Cabañas.

Gráfico 14

El Salvador. Toma de mamografías de tamizaje en mujeres de 40 a 60 años (Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de Ciudad Mujer) desagregado por sede regional, 2024.

-
 Dirección Regional de Salud Occidental
 -
 Dirección Regional de Salud Central
 -
 Dirección Regional de Salud Metropolitana
 -
 Dirección Regional de Salud Oriental

TOTAL
11,054



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del POA 2024, de las Direcciones Regionales de Salud.

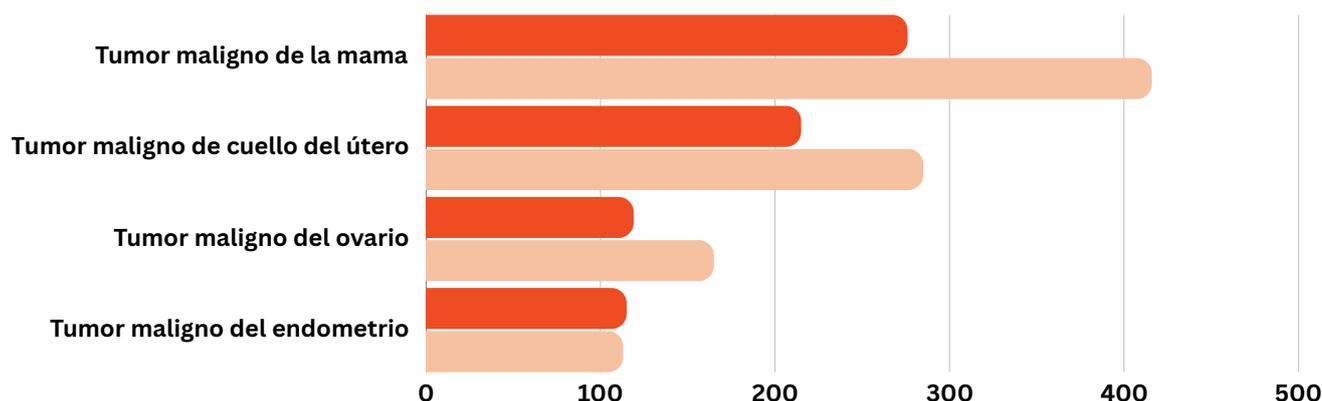
Entre los servicios que brinda Ciudad Mujer, se encuentra el Módulo de Salud Sexual y Reproductiva, el cual reportó durante 2024, 11,054 toma de mamografías a mujeres entre 40 a 60 años, siendo la zona oriental con la mayor cantidad (5,901) de beneficiadas.

Casos de casos detectados en el Hospital Nacional de la Mujer “María Isabel Rodríguez”, período enero - septiembre 2024.

Gráfico 15

El Salvador. Principales causas de cáncer en El Hospital Nacional de Mujer(HNM) “María Isabel Rodríguez”, de enero a septiembre 2023 y 2024.

-
 enero-septiembre 2023
 -
 enero - septiembre 2024



Fuente: Elaboración propia con datos recopilados del Informe de Resultados de enero a diciembre 2024 - HNM

El Hospital Nacional de Mujer (HNM) “María Isabel Rodríguez”, detalla en el Informe de resultados de enero a diciembre de 2024, las principales causas de cáncer en mujeres durante el periodo enero-septiembre 2024, mostrando un incremento de 26% (979) en comparación a 2023 (725).¹⁷

Se interpreta del informe, que este número corresponde a las atenciones por tipo de cáncer en el periodo informado y no necesariamente al número de personas que se refleja en el cuadro número 1, por eso la diferencia de cifras entre ambos cuadros.

Las cifras indican que el cáncer de mama representó el 42% de casos (416), seguido por cuello uterino con el 29% (285); de ovario con 17% (165 casos), y endometrio con el 12% (113 casos). Este incremento resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana, para reducir la incidencia y mortalidad (Ver cuadro 1).

Mortalidad por cáncer

De enero a septiembre de 2024, se contabilizaron 55 decesos de mujeres, siendo el tumor maligno de mama la principal causa, con 16 muertes. (Ver cuadro 1)

Además, se registró 761 casos en el mismo periodo. Por ello, la detección temprana es fundamental, al igual que la disponibilidad de servicios y tecnologías en los hospitales (medicamentos, radioterapia y cirugía especializada), ya que estos factores influyen en la progresión de la enfermedad y en la supervivencia de las pacientes.

Prevención

La OMS recomienda distintas estrategias para la prevención del cáncer, entre ellas: No fumar, mantener un peso corporal saludable; vacunarse contra el VPH y la hepatitis B si pertenece a un grupo para el que se recomienda la vacunación; evitar la exposición a la radiación ultravioleta por exposición al sol y a dispositivos de bronceado artificial) y/o utilizar protección solar.¹⁸

Cuadro 1 :

El Salvador. Hospital Nacional de la Mujer. Mortalidad por causas específicas en atención oncológica, enero a septiembre 2024

Causa	Tumor maligno de la mama	Tumor maligno del cuello del útero	Tumor maligno del endometrio	Tumor maligno del ovario	Tumor maligno de la vagina	Tumor maligno del exocérvix	Tumor maligno de la vulva	Tumor maligno del útero	Anemia en enfermedad	Otras causas	Total
Muertes	16	13	7	8	1	6	1	2	0	1	55
Egresos	416	285	113	8	9	13	18	19	5	117	761

¹⁷ Hospital Nacional de la Mujer (HNM) “María Isabel Rodríguez”. 2024. Informe de Resultados de enero a diciembre 2024.

¹⁸ OMS.2025. Cáncer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer?gad_source=1

Desafíos en el acceso, cobertura y calidad de la detección temprana

1. Baja cobertura de tamizajes:

Un desafío crítico es la insuficiente cobertura de las pruebas de detección temprana (tamizaje). En El Salvador, la realización de citologías (Papanicolaou) es extremadamente baja: entre 2020 y 2023, solo se efectuaron citologías al 16% de las mujeres en edad recomendada, muy lejos del 70% de cobertura que la OMS recomienda en su estrategia para eliminar el cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.

La cobertura de mamografías también es limitada; aunque no se dispone de una cifra nacional consolidada en fuentes públicas, se reconoce que muchas mujeres —especialmente fuera del sistema de seguridad social— no se realizan mamografías periódicas por falta de acceso a equipos de detección en sus localidades y por bajos niveles de derivación desde la atención primaria. La baja frecuencia de tamizajes implica diagnósticos tardíos, lo cual empeora los pronósticos: la OMS advierte que en países de menor desarrollo las mujeres tienen muchas menos probabilidades de ser diagnosticadas a tiempo y, en consecuencia, enfrentan mayor riesgo de morir por cáncer de mama debido al diagnóstico tardío y al acceso inadecuado a tratamientos de calidad.¹⁹

2. Barreras geográficas y de infraestructura:

Existen desigualdades en el acceso a servicios de tamizaje entre zonas urbanas y rurales. Muchas instalaciones con mamógrafos o equipos para pruebas de VPH se concentran en áreas urbanas, dificultando que mujeres de zonas rurales o alejadas accedan a ellas. El sistema público opera una red de clínicas municipales y hospitales regionales, pero para muchas mujeres el costo y tiempo de transporte hasta estos centros constituye una barrera importante.²⁰ La infraestructura limitada (pocos mamógrafos operativos, escasez de reactivos o insumos para pruebas de VPH) y recursos humanos insuficientes (especialistas en citología, técnicos radiólogos) afectan la calidad y disponibilidad del tamizaje.

3. Limitaciones del sistema de salud.

Según el Instituto Multidisciplinario de Publicaciones Digitales (MDPI, 2022), cuando se logra realizar la prueba de tamizaje, surgen retos en la calidad de la misma y en el seguimiento de resultados anormales. En el pasado, el basado en citología exigía múltiples visitas (toma de muestra, recogida de resultado, colposcopia) y presentaba altas tasas de abandono, con cobertura nacional efectiva muy baja (estimada entre 19% y 44%).²¹ La transición a un enfoque de “screen-and-treat” (tamizar y tratar en una sola visita) con prueba de VPH ha mejorado la adherencia, pero aún enfrenta obstáculos: disponibilidad limitada de pruebas de VPH de bajo costo, necesidad de triage²² para evitar sobreatamientos, y rezagos en la confirmación diagnóstica y tratamiento para casos positivos avanzados. Además, la ausencia de un registro nacional de cáncer plenamente integrado dificulta el seguimiento de pacientes a lo largo del continuum de atención.

¹⁹ <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services#:~:text=Alrededor%20de%201%20de%20cada,a%20causa%20de%20la%20enfermedad.>

²⁰ <https://www.mdpi.com/2072-6694/14/11/2776>

²¹ Idem

²² El triage es un proceso de clasificación médica que se usa para priorizar la atención de los pacientes según la gravedad de su condición, urgencia de intervención y disponibilidad de recursos.

4. Factores socioculturales y económicos que afectan la prevención

De acuerdo con Asociación Demográfica Salvadoreña (2014), la prevención del cáncer en mujeres se ve profundamente afectada por factores socioculturales y económicos que limitan tanto el acceso como la adherencia a los programas de tamizaje.²³

Entre los principales obstáculos se encuentra la baja alfabetización en salud: menos del 30% de las mujeres pueden identificar algún factor de riesgo o medida preventiva del cáncer cérvico-uterino, y solo el 15% comprende adecuadamente la relación entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer, porcentaje que disminuye aún más entre mujeres con baja escolaridad o condiciones socioeconómicas precarias (MDPI, 2022).

Esta falta de conocimiento genera la percepción errónea de bajo riesgo y conlleva a que muchas mujeres no consideren necesario hacerse pruebas si no presentan síntomas. Se suman creencias culturales, temores y estigmas que influyen negativamente: muchas mujeres evitan el tamizaje por vergüenza, pudor ante los exámenes ginecológicos o miedo a ser juzgadas, especialmente en contextos conservadores donde el cáncer puede asociarse con infidelidad o desconfianza dentro de la pareja (MDPI, 2022).

En el plano económico, aunque las pruebas diagnósticas se ofrecen de forma gratuita en el sistema público, los gastos indirectos como el transporte, la pérdida de tiempo laboral o el cuidado de hijos e hijas constituyen barreras significativas para las mujeres de escasos recursos, especialmente en zonas rurales. Además, la violencia social y territorial limita la movilidad hacia los centros de salud.

Finalmente, figuran los roles tradicionales de género y la falta de autonomía en la toma de decisiones sanitarias restringen aún más la prevención: muchas mujeres necesitan el consentimiento o apoyo de su pareja para acudir a consultas, y la carga de trabajo doméstico y laboral reduce el tiempo disponible para su autocuidado. Estas condiciones socioculturales y económicas refuerzan las desigualdades estructurales que dificultan la efectividad de los programas de detección temprana y atención del cáncer femenino (Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, 2024).²⁴

²³ <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/resources/Estudio%20CAPs%20sobre%20el%20CCU%20-%20EI%20Salvador%202014%20.pdf>

²⁴ <https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2024/04/Factores-de-riesgo-y-prevencion-del-cancer-casos-nuevos-en-2022.pdf>

Recomendaciones

A partir de los hallazgos, para enfrentar estos desafíos es preciso:

- **Fortalecer los programas de tamizaje:** Es imperativo ampliar la cobertura de las pruebas de detección temprana de cáncer. Se debe implementar un programa nacional de tamizaje de cáncer cervicouterino que alcance al menos al 70% de las mujeres elegibles, tal como propone la OMS en su estrategia global.²⁵
- **Mejorar el acceso y la calidad en la atención:** Destinar más recursos al primer nivel de atención para la salud de las mujeres. Es crucial fortalecer la consulta ginecológica, reducir los tiempos de espera para exámenes y mejorar el acceso a pruebas de laboratorio y tratamientos oportunos.²⁶ Muchas inequidades provienen de la distribución geográfica y las desigualdades de acceso a servicios de salud de calidad, el Ministerio de Salud debe asegurar presencia activa en las zonas rurales y fortalecer las alianzas con organizaciones e instituciones locales para acercar sus servicios a las mujeres rurales.
- **Fortalecer la educación y concienciación:** Desarrollar campañas sostenidas de educación en salud dirigidas tanto a mujeres. La falta de información y los tabúes deben abordarse con programas de sensibilización culturalmente adecuados. Se debe difundir información sobre signos tempranos de cáncer de mama (autoexamen, cambios en los senos) y síntomas de alarma de cáncer ginecológico, para motivar la consulta precoz. Asimismo, es recomendable incorporar temas de salud sexual y reproductiva en el currículo de educación básica, reduciendo mitos desde la adolescencia.
- **Abordar las determinantes sociales:** La pobreza, la alimentación, ingresos y las brechas económicas inciden en la salud, las políticas públicas deben articularse para minimizar estos obstáculos. Es preciso fortalecer el presupuesto público para garantizar la salud integral: los programas de tamizaje y tratamiento de cáncer deben estar completamente cubiertos para la población sin seguridad social, evitando gastos adicionales en la economía familiar.
- **Fortalecer la coordinación intersectorial:** Combatir el cáncer en las mujeres requiere un enfoque multisectorial para consolidar alianzas con organizaciones no gubernamentales y entidades privadas que trabajan en prevención del cáncer. Esto facilitaría la investigación, congresos científicos para divulgar avances oncológicos. Apoyar y escalar iniciativas como las jornadas de detección de cáncer de mama y programas de entrega de prótesis mamarias a sobrevivientes, ayuda a crear una red de apoyo integral. El Estado puede trabajar de la mano con estas organizaciones para llegar a poblaciones que el sistema formal no cubre completamente.²⁷

²⁵ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

²⁶ <https://observadsdr.org/wp-content/uploads/2024/10/Observatorio-de-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos-no-3-julio-septiembre-2024.pdf#:~:text=lo%20cual%20es%20preciso%20destinar, reducir%20la%20tasa%20de%20mortalidad>

²⁷ <https://asaprecan.org/ponencias-del-iv-congreso-oncologico-el-salvador-2025/#:~:text=Los%20d%C3%ADas%205%20y%206, los%20%C3%BAltimos%20avances%20en%20oncolog%C3%ADa>

- **Vacunación y estrategias de prevención primaria:** La estrategia integral debe ir “más arriba” en la cadena causal de la enfermedad. En el caso del cáncer cervicouterino, se recomienda ampliar la cobertura de vacunación contra VPH en niñas y adolescentes, apuntando al objetivo del 90% establecido por OMS (idealmente vacunando a las niñas antes de los 15 años).²⁸
- El Salvador ya ha incorporado la vacuna VPH en su esquema nacional (MDPI, 2022), pero es necesario intensificar las campañas para alcanzar las metas, especialmente en comunidades con baja cobertura inicial. Paralelamente, los programas de educación y comunicación deben reforzarse para modificar las percepciones y conocimientos en la población. Desarrollar materiales culturalmente adaptados y aprovechar promotoras de salud, liderazgos comunitarios y medios locales para difundir mensajes sobre la importancia del tamizaje periódico y desmontar mitos (por ejemplo, explicar que la prueba de Papanicolaou no afecta la dignidad sino que salva vidas, o que la vacuna del VPH es segura y no promueve la promiscuidad, etc.).
- Las intervenciones educacionales deben enfocarse en grupos vulnerables identificados: mujeres con baja escolaridad, áreas rurales y hombres (para que apoyen la salud de sus parejas). Una mayor alfabetización en salud permitirá que más mujeres demanden activamente los servicios de detección.

En resumen, enfrentar la mortalidad por cáncer en las mujeres salvadoreñas en 2024 requiere un enfoque integral. Los datos muestran alta prevalencia e importantes brechas en detección, condicionadas por desafíos de acceso, cobertura y factores socioculturales.

Fortalecer los servicios de detección temprana (citologías, mamografías) con mayor cobertura y calidad, empoderar a las mujeres mediante educación y apoyo comunitario, y abordar las inequidades económicas son pasos fundamentales. Asimismo, es necesaria la voluntad política de invertir en la salud oncológica dentro de la cobertura universal, tal como lo han enfatizado organismos internacionales.

Implementar estas recomendaciones salvará vidas: detectando los cánceres en etapas iniciales cuando muchos son curables con un tratamiento eficaz (OMS, 2024), y evitando que más salvadoreñas pierdan la vida por enfermedades prevenibles o tratables. Con un compromiso conjunto del gobierno, el sector salud, la sociedad civil y las propias comunidades, El Salvador podrá avanzar hacia la reducción sostenible de la mortalidad por cáncer.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. (2020). Estrategia global para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>

Métodos anticonceptivos

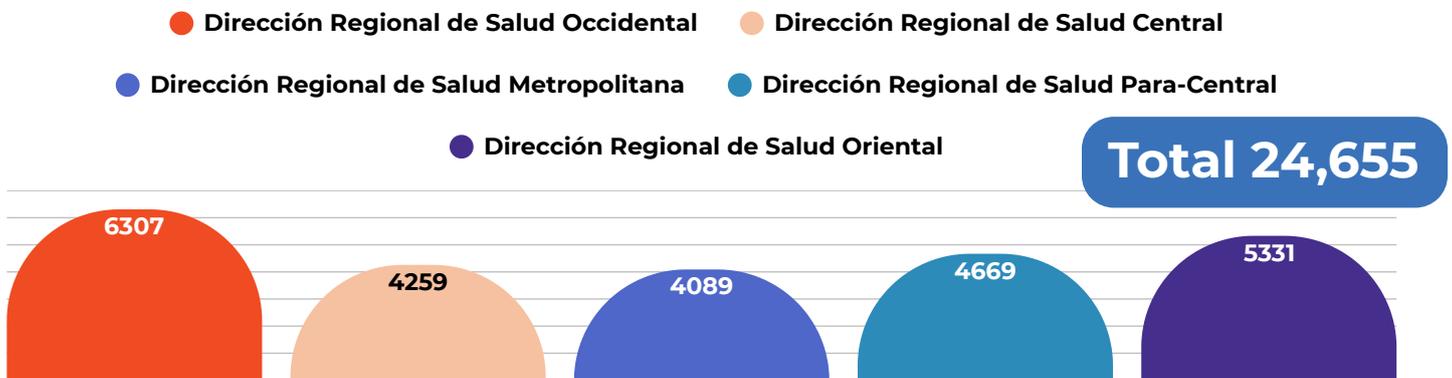
En El Salvador, el 52.53% (1,671,530) de las mujeres se encuentran en edad reproductiva, entre los 15 a 49 años, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2024 (BCR, 2024). De acuerdo a datos de la CEPAL, al año 2023, se identificaba el 9.9 de demanda insatisfecha de planificación familiar en El Salvador.²⁹

No se cuenta con un dato actualizado de la población usuaria a la fecha; sin embargo, datos recopilados indican que al menos 35,223 personas se inscribieron por primera vez en planificación familiar. De estas, 10,568 lo hicieron a través del Ministerio de Salud (MINSAL) y 24,655 mediante el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). En total, 73,258 personas asisten a controles subsecuentes de planificación familiar, en las diversas Direcciones Regionales de Salud. Este es un porcentaje sustancialmente bajo que evidencia la necesidad de fortalecer este derecho sexual entre la población, ya que los métodos anticonceptivos son vitales para espaciar embarazos, prevenir la mortalidad materna, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

Atenciones por planificación familiar en el MINSAL

Gráfico 16

El Salvador. Inscripción al Programa de Planificación Familiar, desagregado por sede regional, 2024.



Elaboración propia del Observatorio de DSDR, con datos recopilados del POA 2024, de las Direcciones Regionales de Salud.

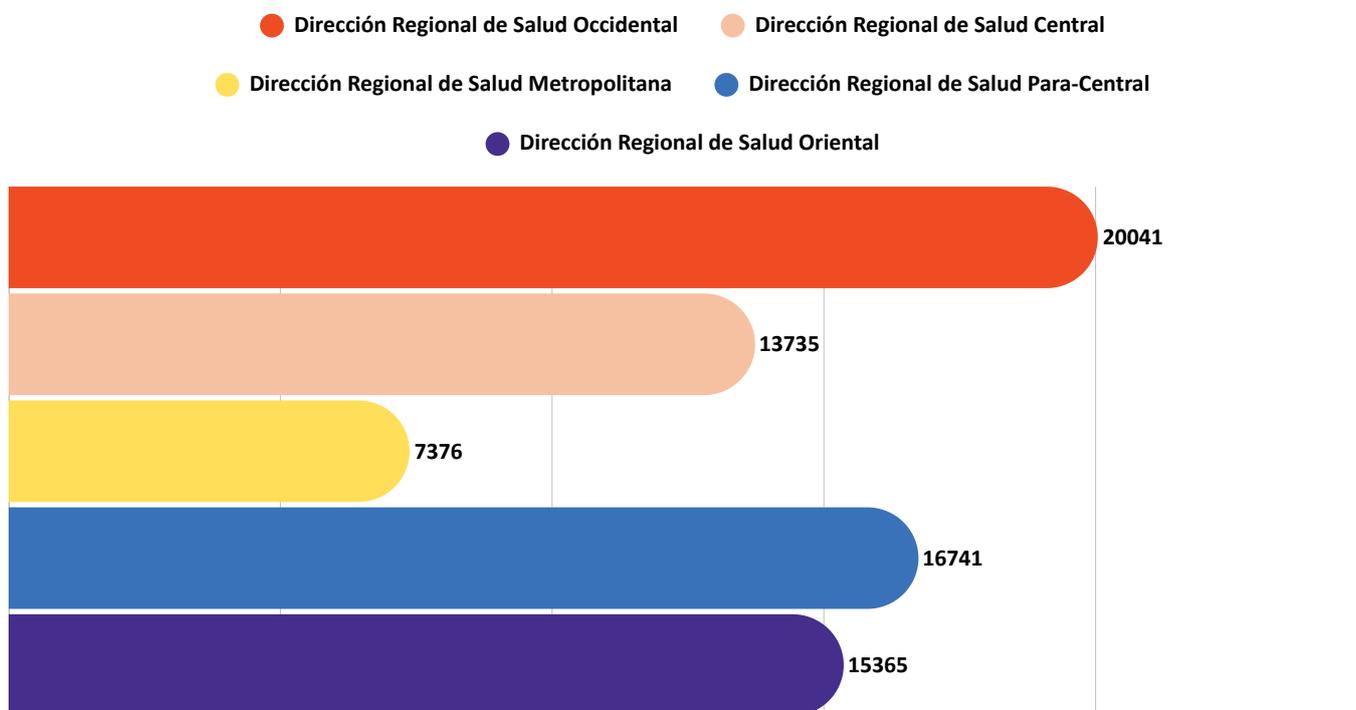
Durante 2024, en las diversas Direcciones Regionales de Salud del MINSAL (2), registraron únicamente 24,655 personas inscritas por primera vez al programa de planificación familiar, esa cifra representa el 1% de la población femenina en edad reproductiva.

La región donde se realizó el mayor número de inscripciones fue en la Dirección Regional de Salud Occidental con 6,307, en los departamentos de Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán. No obstante, debe considerarse que otro porcentaje de mujeres asiste a servicios médicos privados, y al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

²⁹ CEPAL.2023. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=2183

Gráfico 17:

El Salvador. Controles subsecuentes de Planificación Familiar, desagregado por sede regional del MINSAL, año 2024.



Elaboración propia del Observatorio de DSDR, con datos recopilados del POA 2024, de las Direcciones Regionales de Salud.

73,258 mujeres en edad reproductiva asisten a sus controles subsecuentes de planificación familiar, el cual se brinda posterior a la inscripción; el primero a la sexta semana de la inscripción y luego cada año.

30

El 27% (20,041) de las atenciones subsecuentes se realizaron en la Dirección Regional de Salud Occidental, seguida con el 23% (16,741) en la Dirección Regional de Salud Para-Central que tiene cobertura en los departamentos de Cuscatlán, San Vicente, La Paz y Cabañas; y el 21% (15,365) en la Dirección Regional de Salud Oriental, que abarca los departamentos de San Miguel, Usulután, Morazán y La Unión.

Estos datos se relacionan a la concentración de población en ciertos departamentos y ciudades del país, pero es un hecho que es necesario fortalecer los servicios en zonas rurales, tomando en cuenta las dificultades de desplazamiento, costo del transporte público y las limitaciones de tiempo de las mujeres debido a la carga reproductiva o trabajos de cuidados de personas dependientes.

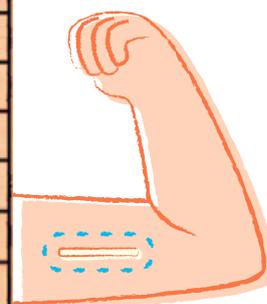
³⁰ MINSAL. 2021. ANTICONCEPCIÓN. https://www.salud.gov.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/telesalud/presentacion03062021/ANTICONCEPCION.pdf

Atención por planificación familiar en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

Cuadro 2 :

El Salvador. Comparativo de consultas de inscripción y subsecuentes de planificación familiar, según tipo de anticonceptivo utilizado, 2024-2023.

CONSULTAS DE PLANIFICACION FAMILIAR	2023	2024	Variación porcentual
Anticonceptivos Orales			
Consulta de Inscripción	861	892	3.60%
Consulta Subsecuente	4,052	4,844	19.55%
Total	4,913	5,736	16.75%
Dispositivo intrauterino			
Consulta Inscripción	651	666	2.30%
Consulta Subsecuente	2527	2,022	-19.98%
Total	3178	2,688	-15.42%
Anticonceptivos inyectables			
Consulta Inscripción	6979	7307	4.70%
Mensual	2,395	2,384	-0.46%
Trimestral	4,584	4,923	7.40%
Consulta Subsecuente	24,307	24,099	-0.86%
Mensual	13,219	12,668	-4.17%
Trimestral	11,088	11,431	3.09%
Total	31,286	31,406	0.38%
Implante Subdérmico			
Consulta de Inscripción	2,133	1,703	-20.16%
Consulta Subsecuente	4,769	4,466	-6.35%
Total	6,902	6,169	-10.62%



Fuente: Elaboración propia del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con datos proporcionados por OIR- ISSS, resolución N° 18633.

En cuanto a las inscripciones y consultas subsecuentes, en el ISSS, durante el año 2023, se registraron 6,902. En 2024 se contabilizaron 6,169, teniendo una variación porcentual en comparación al año anterior de -10.62%.

Los métodos anticonceptivos de mayor uso durante el año 2024 fueron: anticonceptivos orales, con 4,844 consultas subsecuentes y las inyecciones trimestrales con 16,354 usuarias entre primera vez y consultas subsecuentes.

Testimonio de una usuaria del anticonceptivo del implante subdérmico:

Ella es una mujer de 27 años.



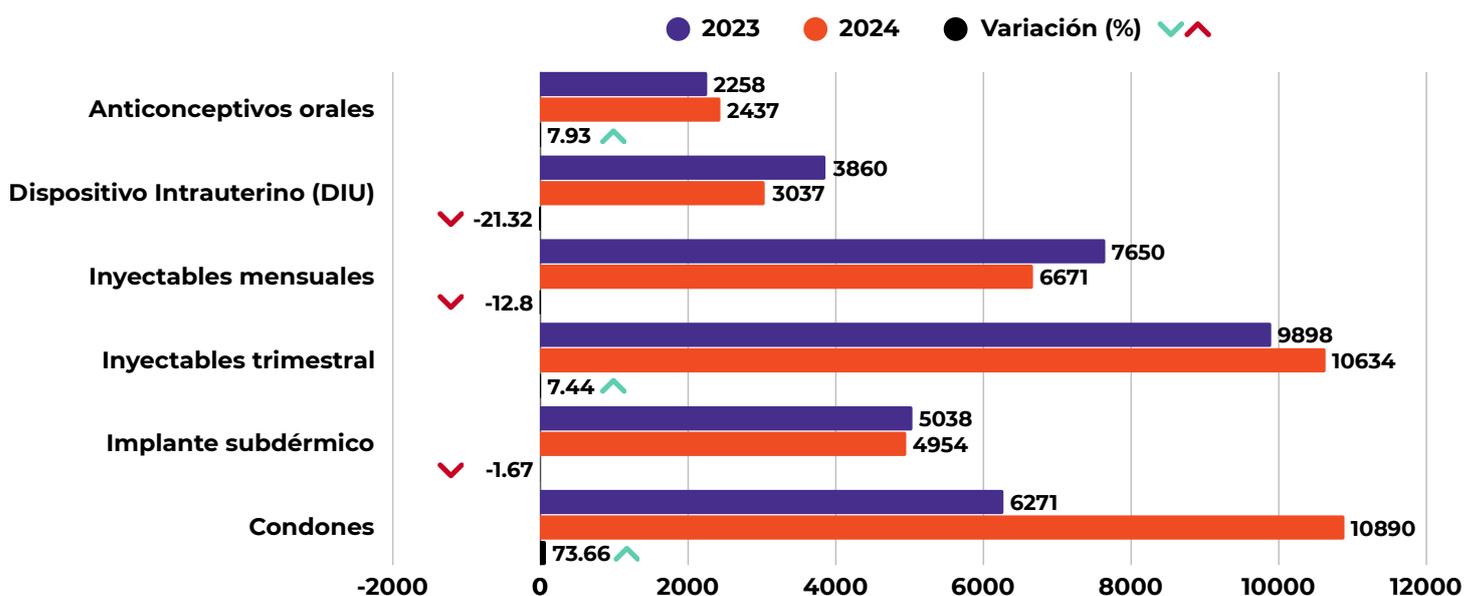
“No me explicaron las consecuencias del uso del anticonceptivo subdérmico. Sólo fui al Seguro Social de Soyapango, me colocaron el implante subdérmico, estuve planificando durante 3 años. En esos 3 años, no fui al seguro a citas subsecuentes, ni nada, porque en la cartilla que me dieron, solo indicaba la fecha que tenía que ir para el retiro del implante.

El primer año en que estuve con el implante fue horrible: me dolía la cabeza, tenía cambios de humor, náuseas... bueno, en su momento se me hinchó la mano como tres días o una semana, y durante los tres años de uso subí de peso y dejé de menstruar”. ³¹

Testimonios de este tipo evidencian la necesidad de que el personal salud proporcione una explicación clara y completa sobre el funcionamiento, efectos secundarios y duración del anticonceptivo. Además, de facilitar controles con intervalos de tiempo oportunos para evaluar los posibles efectos secundarios que las mujeres puedan experimentar ante el uso del método.

Gráfico 18:

El Salvador. Comparativo de personas usuarias activas según método de planificación familiar, durante el año 2023 y 2024.



E.p. del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con datos proporcionados por OIR-ISSS, resolución N° 18633.

³¹ Entrevista realizada por el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos a una usuaria del anticonceptivo del implante subdérmico, 27 de marzo de 2025

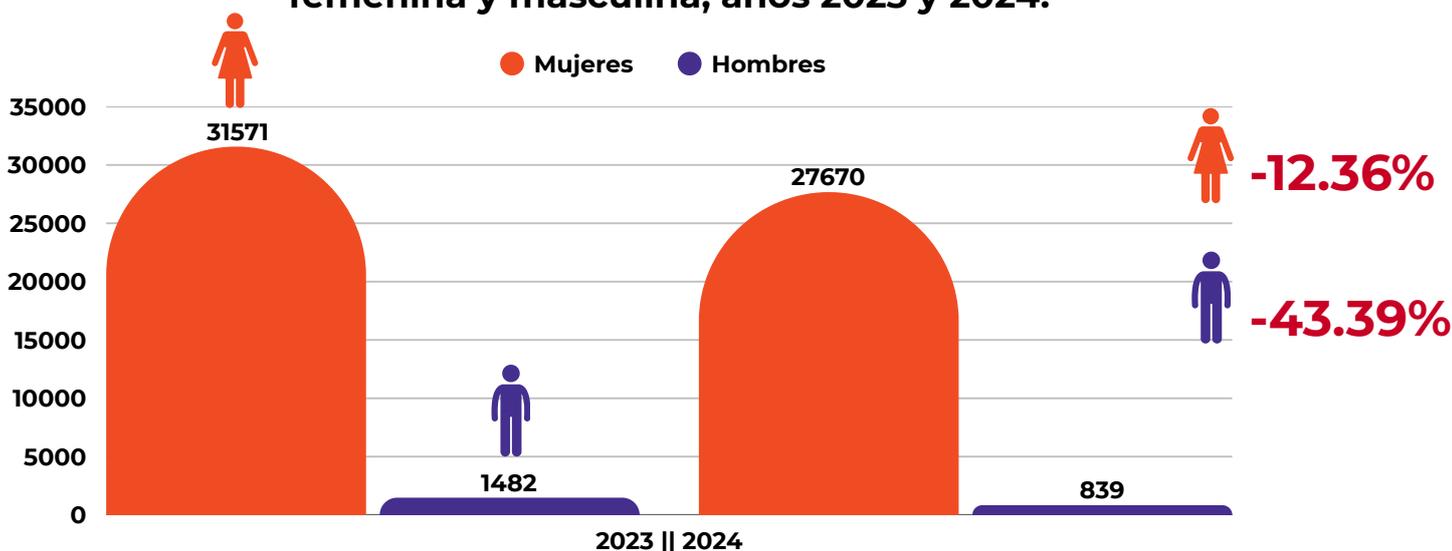
Entre las personas usuarias activas según método de planificación, se observa una baja en 2024, en el uso del dispositivo intrauterino (DIU), teniendo una variación del -21.32% en comparación al año 2023. Al igual en la inyección mensual se registra una variación del -12.80% en comparación al año anterior, y el implante subdérmico registra también una variación del -1.67% respecto al 2023.

El acceso a condones incrementó 42% (10,890) en 2024. Este es el único método anticonceptivo que puede prevenir tanto el embarazo como la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Usuaris esterilizadas en el ISSS

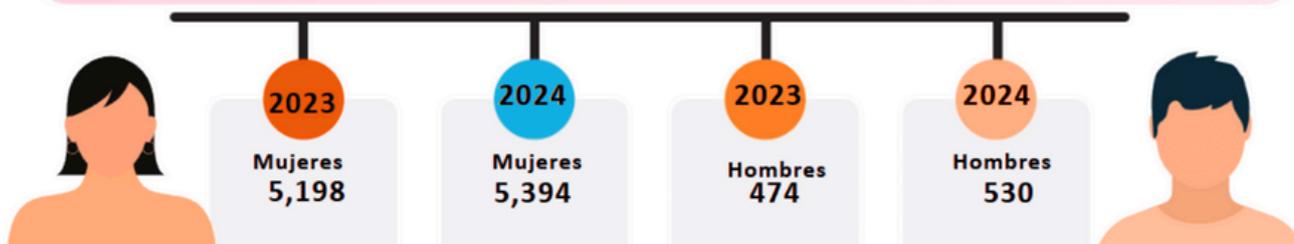
Gráfico 19:

El Salvador. Comparativo de personas usuarias activas según método de planificación de la esterilización femenina y masculina, años 2023 y 2024.



E.p. del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con datos proporcionados por OIR- ISSS, resolución N° 18633.

El Salvador. Comparativo de esterilizaciones femeninas y vasectomías realizadas durante el año 2023 y 2024.

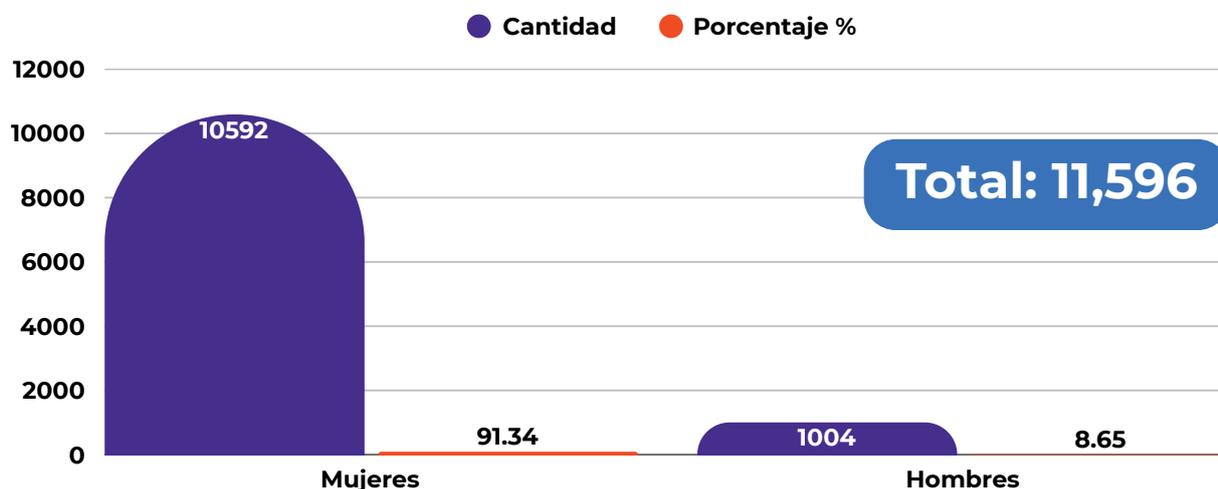


El gráfico 19, evidencia el total de personas usuarias activas de esterilizaciones en el ISSS, visibilizando que las mujeres bajaron 12.36 %, pasando de 31,571 en 2023 a 27,670 en 2024. Mientras que los hombres han tenido una caída aún más notable del 43.39%, disminuyendo de 1,482 a 839.

En el detalle comparativo de esterilizaciones realizadas en los años 2023 y 2024, las esterilizaciones femeninas muestran un ligero aumento (5,198 en 2023 a 5,394 en 2024). Las vasectomías tienen un leve incremento, pasando de 474 en 2023 a 530 en 2024. En ambos años, las diferencias por sexo son abismales. **Las mujeres representan el 91.34 % y los hombres, el 8.65 %.**

Gráfico 20:

Esterilizaciones realizadas en el ISSS años 2023 y 2024, desagregadas por sexo.



E.p. del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con datos proporcionados por OIR- ISSS, resolución N° 18633.

El hecho que pocos hombres opten por la vasectomía y la mayoría de esterilizaciones se realizan en mujeres podría evidenciar que los roles y estereotipos de género se continúan imponiendo. Es un derecho de las mujeres tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, pero los hombres deben asumir la reproducción y la paternidad de manera responsable, sin pensar que el número de hijos e hijas que tengan sea sinónimo de virilidad.

El uso de anticonceptivos promueve el derecho humano a determinar si se desea procrear o no, además de determinar el intervalo entre los nacimientos. Es trascendental incrementar la cobertura del sistema de salud para garantizar este derecho.

Principales hallazgos

Datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), indican que en 2022, El Salvador registró una demanda insatisfecha de planificación familiar del 9.9%.

Este indicador representa el porcentaje de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, que desean evitar o posponer un embarazo pero no utilizan ningún método anticonceptivo (Observatorio de Igualdad de Género)

Además, datos de la iniciativa FP2030 indican que en 2022, el 11.4% de las mujeres salvadoreñas tenían una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos .progress (fp2030.org+1Family Planning 2030+1)

Estas cifras reflejan desafíos persistentes en el acceso y uso de métodos anticonceptivos en El Salvador, lo que subraya la importancia de fortalecer los servicios de salud reproductiva y garantizar que las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos reproductivos.

Para abordar la demanda insatisfecha de planificación familiar en El Salvador, es fundamental reconocer los desafíos estructurales, culturales y de acceso que enfrentan las personas, especialmente las mujeres. A partir de esto, pueden plantearse recomendaciones concretas.

Reflexiones finales

Desafíos para satisfacer la demanda de planificación familiar en El Salvador

- **Acceso desigual a servicios de salud sexual y reproductiva**

Según UNFPA (2022), muchas mujeres en zonas rurales enfrentan dificultades para acceder a servicios de salud debido a la falta de centros de atención cercanos y la escasez de personal capacitado.

- **Barreras socioculturales y religiosas**

La persistencia de normas sociales tradicionales, estereotipos de género y creencias religiosas conservadoras continúa limitando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en El Salvador. Estas barreras impactan especialmente en la autonomía de las mujeres para decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Según la CEPAL (2022) y el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos de ORMUSA (2023), la discriminación basada en roles de género tradicionales y la influencia de doctrinas religiosas afectan negativamente la información, el acceso y la toma de decisiones libres e informadas en materia de planificación familiar.

- **Falta de educación integral en sexualidad (EIS)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado que la falta de educación formal sobre métodos anticonceptivos y salud sexual contribuye a la alta demanda insatisfecha en muchos países de América Latina, incluido El Salvador (OMS, 2020).

- **Desconfianza en el sistema de salud y calidad de la atención**

Estudios regionales reportan que las mujeres evitan acudir a los servicios por experiencias previas de maltrato, falta de privacidad o trato discriminatorio (UNFPA, 2022).

- **Enfoque limitado en políticas públicas**

A menudo las estrategias se enfocan más en cobertura que en garantizar derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva integral (CEPAL, 2022).

Recomendaciones para mejorar el acceso y satisfacer la demanda

1. Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en zonas rurales y comunidades excluidas.
2. Capacitar al personal de salud con enfoque en derechos y género, promoviendo atención sin prejuicios y laica.
3. Implementar la Educación Integral en Sexualidad (EIS) desde el sistema educativo y en comunidades.
4. Diseñar servicios amigables para adolescentes y jóvenes, que sean confidenciales y accesibles.
5. Realizar campañas comunitarias para combatir estigmas y promover corresponsabilidad (incluyendo a hombres).
6. Recoger y analizar datos desagregados, para una toma de decisiones basada en evidencia.

Atención a la salud en zonas rurales

Según el Censo de Población 2024, El Salvador cuenta con 6,029,976 habitantes, de los cuales el 52.8% son mujeres (3,181,449) y el 47.2% son hombres (2,848,527). Esta proporción se mantiene relativamente constante entre zonas urbanas y rurales.

Del total nacional, 1,725,715 personas (28.6%) residen en zonas rurales, mientras que la mayoría, 4,304,261 personas (71.4%), vive en áreas urbanas. Aunque el área rural representa una porción menor de la población total, concentra más del 15% de todas las mujeres del país (904,223). Muchas de ellas enfrentan desventajas estructurales persistentes en términos de acceso a la salud.

En la zona rural, las mujeres representan el 52.4% de la población, superando ligeramente a los hombres (47.6%). Muchas viven en condiciones de pobreza multidimensional, en comunidades con baja cobertura de servicios públicos, empleo informal y escasa inversión pública. Esta combinación genera un contexto adverso para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Funcionamientos de las ECOS en El Salvador

En el 2009, en el contexto de la Reforma de Salud, y con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud como un derecho humano y fundamental, bajo sus pilares básicos de participación social, organización comunitaria, trabajo intersectorial y búsqueda constante de la equidad, surgieron estrategias para mejorar la atención médica en las comunidades, promoviendo la participación de la población en espacios de formulación de políticas públicas e instrumentos normativos

En ese marco³² se crearon los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) y la red de Hogares de Espera Materna (HEM), esfuerzos orientados a mejorar la atención a mujeres residentes de zonas rurales. Como parte de la estrategia, de asegurar gradualmente a que la población salvadoreña pudiera tener acceso y cobertura universal a servicios de salud de calidad, los ECOSF se establecieron en zonas de área rural donde era limitada o nula el acceso a los servicios de salud, y en zonas del área urbana donde la situación también era complicada y los índices de pobreza eran altos.

32 MINSAL.2015. Mecanismos e incentivos para cubrir áreas desatendidas: Implementación de la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar en El Salvador. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/reu_rhs_sept_arg/14_maelias_elsalvador.pdf

Infografía 2:

El Salvador. Composición de los ECOS Familiares y Especializados.



Fuente: Elaboración propia con datos del Mecanismos e incentivos para cubrir áreas desatendidas: Implementación de la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar en El Salvador, MINSAL, 2015.

Los ECOS Familiares estaban conformados por personal promotor de salud, de enfermería y medicina general. En el caso de los ECOS Especializados, se incorporan profesionales de fisioterapia, odontología, ginecología, educación, entre otras especialidades. Su función es brindar atención centrada en la persona, familia y la comunidad, con población definida y adscrita mediante fichas familiares.

Considera los determinantes sociales de la salud, promueve la participación social e intersectorial, asegura la articulación entre niveles de atención (referencia y retorno) y ofrece una atención integral. Por tanto, el rol fundamental de las ECOS Familiares comprende la identificación y reducción de riesgos que afectan a las poblaciones más vulnerables, en zonas con mayor índice de pobreza.

De acuerdo con Morena Murillo, a través de los ECOS Familiares y Especializados, “había una protección dirigida a las mujeres y a la niñez, especialmente a las mujeres en edad reproductiva, ya que se les debía dar seguimiento desde los controles preconceptionales. En caso de que desearan quedar embarazadas, debían asistir a dichos controles. Si el establecimiento de salud no se encontraba cerca, el médico debía inscribirlas y remitirlas al control correspondiente”.

³³ MINSAL.2015. Mecanismos e incentivos para cubrir áreas desatendidas: Implementación de la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar en El Salvador. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/reu_rhs_sept_arg/14_maelias_elsalvador.pdf

A través de los ECOS Familiares se realizaba el control de bebés posterior al parto o durante el puerperio. Se llevaban a cabo chequeos médicos y control de vacunación para niñas y niños, además de promover acciones de prevención frente a la violencia familiar.

“Cuando se identificaban casos específicos, por ejemplo, niñas embarazadas, era obligatorio reportarlos. También se vigilaban situaciones de trabajo infantil o explotación infantil”, aclaró Morena Murillo., El equipo de las ECOS tenía la responsabilidad de monitorear estas problemáticas, así como atender a otros grupos poblacionales como personas adultas mayores, quienes en muchos casos presentaban enfermedades crónicas o dificultades de movilidad, por lo que el equipo debía garantizar el acceso a sus medicamentos.

Los ECOS también realizaban vigilancia epidemiológica de enfermedades como el dengue, el paludismo y otras que pueden ser controladas mediante acciones preventivas efectivas.

Es preciso destacar que las mujeres rurales desempeñan un papel importante de apoyo, ya que se facilitan la participación en las acciones del ECOS, lo que contribuye al empoderamiento de las mujeres y a mejorar las condiciones de salud de la comunidad.



Hasta el año 2019, se registraban en funcionamiento 576 ECOS, de los cuales 537 eran familiares y 39 especializados. Estos equipos se desplazaban semanalmente a las comunidades, estando presentes en 186 municipios.

Fuente: Elaboración propia con datos de la REFORMA DE SALUD: Más allá de los servicios de salud, MINSAL, 2019.

En abril de 2025, el Foro Nacional de Salud (FNS) emitió un comunicado destacando la desmejora de servicios en establecimientos de salud pública, falta de medicamentos, precariedad en la atención y el cierre de 28 ECOSF, afectando directamente el derecho a la salud de la población.³⁴

En el comunicado, enlista 28 ECOSF que hasta la fecha habían registrado el cierre de sus servicios, el cual impactó gravemente a las zonas de difícil acceso, donde no pueden acceder a los servicios de salud. Señaló además que el cierre o la modificación de funciones de los ECOS familiares traslada la carga de atención a hospitales ya saturados y alejados, dificultando el seguimiento y tratamiento de las personas usuarias.

35

³⁴ FNS. Abril 2025. Posicionamiento frente a la crisis sanitaria. https://x.com/FNS_OficialSV/status/1907812126791479429

³⁵ Ídem

La reducción de servicios comunitarios tiene implicaciones concretas para las mujeres rurales de todas las edades, especialmente para aquellas en edad reproductiva, ya que representa la pérdida de un servicio de salud cercano.

Esto afecta directamente la posibilidad de contar con espacios de confianza donde las mujeres pudieran consultar sobre problemas de salud, expresar dificultades y recibir información relacionada con su autonomía reproductiva. Asimismo, para las mujeres adultas mayores del ámbito rural, también representa un problema, pues pierden la oportunidad de acceder a espacios comunitarios cercanos para la atención y consulta médica, afirmó Morena Herrera, activista feminista.

En el área rural habitan 2,430,193 de personas, de las cuales el 52% (1,255,345) son mujeres 48% (1,174,848) hombres.

La distribución poblacional evidencia la necesidad de considerar un enfoque de género e inclusión en las políticas públicas de salud, ya que las mujeres representan la mayoría de la población rural y enfrentan mayores barreras para acceder a servicios esenciales.

Estas dificultades se agravan cuando se suman condiciones de pobreza, discapacidad, jefatura de hogar y otras condicionantes. La falta de transporte inclusivo, accesibilidad y los costos económicos son solo algunas de las dificultades.

Silvia Castillo, residente de La Paz, expresa que actualmente enfrentan graves dificultades para acceder al derecho a la salud.

“En el cantón no hay ni una clínica, tenemos que salir afuera para poder pasar consulta”, señala, destacando la ausencia total de servicios médicos locales.

A esto se suma la irregularidad del transporte público, ya que los buses solo ingresan una vez por la mañana y otra por la tarde, lo que complica aún más la posibilidad de atención oportuna. En casos de emergencia o consultas fuera de ese horario, las personas deben recurrir a transportes particulares, lo que representa un gasto significativo.

“Uno tiene que pagar un carrito particular y pues eso implica gastos. Tal vez ellos cobran de 15 a 20 dólares para que lo vayan a dejar a la unidad de salud”, explica Silvia, evidenciando el impacto económico que esta situación representa para las familias de la zona.

Además, Silvia advierte que en caso de una emergencia no hay una ambulancia que entre al cantón, tampoco existe un servicio disponible por parte de las alcaldías o de la unidad de salud. Esta falta de respuesta inmediata agrava aún más la situación de vulnerabilidad, especialmente para quienes no cuentan con los recursos económicos para trasladarse por cuenta propia.

También detalló que en los últimos meses, cuando acuden a la Unidad de Salud en El Rosario, ya no les entregan medicamentos como antes.

“Antes al menos la mayoría (de medicinas le daban a uno, pero ahora solo las recetas dan, para que uno las compre”, lamenta la lideresa señalando el impacto económico adicional que esta situación representa para las mujeres y la economía de las familias.

La cercanía de los servicios de salud es una estrategia fundamental para promover el acceso a la salud a residentes de cantones y caseríos alejados de las ciudades. En tal sentido, si las mujeres deben trasladarse con niños y niñas pequeñas, especialmente en condiciones de discapacidad, el impacto es grande.

“Si no hay servicios cercanos, ya no va uno a poder ahorrarse eso (el costo del transporte) para salir a la unidad de salud. Cuando ellos llegaban aquí (el personal de salud) uno se ahorraba ese transporte que tenía que pagar y además lo de los medicamentos. Afecta bastante”, explica la lideresa consultada en La Paz.

37

Cualquier modificación de servicios que represente mayor costo o dificultades de desplazamiento, profundiza las desigualdades de género en el sistema de salud, debido a que las mujeres son las principales responsables del cuidado de las familias y de la salud de los integrantes y familiares.

Y en ese sentido, explica Morena Herrera, que el cierre de espacios cercanos para atención de la salud familiar hace que recaiga en ellas una mayor carga y responsabilidad en el cuidado de la salud.

38

Estos factores profundizan las desigualdades de género, agudizadas por la ausencia de las responsabilidades del sistema de salud, pues son las mujeres quienes tienen que enfrentar las consecuencias.

De igual forma, Iliana Reyes, integrante de la Asociación de Mujeres Viroleñas de Zacatecoluca (AMOVIZ), del municipio de Zacatecoluca, La Paz, señala que ubicación de las unidades de salud solo en lugares céntricos, incrementan las distancias, el tiempo y las barreras de las mujeres para acceder a atención médica.

“Antes la atención era más cercana y accesible. Hoy hay que dejar la comunidad, dedicar todo el día (para asistir a consulta médica). Hay que ver con quién dejar a los hijos, y tener el dinero para pasajes. Todo eso complica aún más el acceso a la salud” detalló Iliana.

Asimismo, destacó otros problemas estructurales que hay en las zonas rurales o volcánicas de Zacatecoluca y que inciden en el desplazamiento, especialmente ante una emergencia médica o en épocas de invierno, cuando el exceso de lluvia afecta los caminos vecinales.

“El mal estado de las calles, falta de alumbrado público y ausencia de transporte adecuado”, obliga a muchas mujeres a esperar hasta el amanecer para buscar atención, poniendo en riesgo su salud.

36 Entrevista a Morena Herrera, activista y defensora de los derechos humanos. Fecha 30 de abril de 2025.

37 Banco Central de Reserva. 2024. Tabulados Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2023.

38 Entrevista a Silvia Castillo, residente del departamento de La Paz, Fecha 30 de abril de 2025.

39 Entrevista a Iliana Reyes, integrante de la Asociación de Mujeres Viroleñas de Zacatecoluca (AMOVIZ). Fecha 30 de abril 2025.

Por tanto, la falta de atención oportuna puede derivar en complicaciones para la salud de las familias de la zona, complicaciones maternas, enfermedades crónicas sin diagnóstico y, en última instancia, incremento en la mortalidad entre las mujeres rurales.

Las múltiples barreras que ya se han documentado a través de las entrevistas evidencian las consecuencias ante la ausencia de servicios de salud cercanos, por lo que el funcionamiento de las ECOSF era transcendental para las poblaciones vulnerables, en particular mujeres rurales para ejercer su derecho a la salud, y especialmente a la salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

El derecho a la salud es reconocido en la Constitución de la República y está ligado a otros derechos, para lograr la premisa de alcanzar el acceso al más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social. En ese sentido, todas las mujeres en su diversidad deben tener acceso a servicios de salud de calidad, oportunos y adecuados, sin enfrentar discriminación ni barreras económicas, de género u otras.

En el país aún existen amplios sectores de la población, especialmente en zonas rurales y comunidades en situación de vulnerabilidad que presentan dificultades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Esto limita la cobertura y las deja expuestas a enfermedades prevenibles, insumos adecuados y oportunos, así como a situaciones que pueden convertirse en emergencias médicas

La atención integral a la salud sexual y reproductiva en El Salvador no puede desligarse de los determinantes sociales que limitan el acceso a servicios médicos, especialmente para las mujeres en zonas rurales.

La centralización de los servicios de salud y la falta de infraestructura adecuada profundizan las desigualdades de género y colocan sobre las mujeres la carga de enfrentar solas las consecuencias de un sistema de salud que no responde de manera equitativa.

Las barreras estructurales como la lejanía de las unidades de salud, el mal estado de los caminos, la ausencia de transporte público y el cuidado no remunerado de los hijos e hijas, afectan directamente la posibilidad de las mujeres para ejercer su derecho a la salud. Estas condiciones, reiteradas por liderazgos comunitarios, reflejan la necesidad urgente de políticas públicas sensibles al género y a la territorialidad que atienden las desigualdades multidimensionales que enfrentan las mujeres del área rural y cuando se entrecruzan otras características, principalmente, discapacidad, edad, género, orientación sexual e identidad de género.

La corresponsabilidad del sistema de salud en atender las realidades de las mujeres salvadoreñas—especialmente en comunidades rurales—no solo limita el acceso a servicios esenciales, sino que reproduce patrones de exclusión y vulnerabilidad. Abordar la salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos y justicia social implica transformar estas condiciones y garantizar la presencia efectiva del Estado en los territorios más alejados de las ciudades.

Recomendaciones

- Descentralizar los servicios de salud con enfoque territorial y de género. El MINSAL debe priorizar la reapertura o creación de unidades de salud comunitarias móviles en zonas rurales y de difícil acceso. Esta estrategia permitiría acercar los servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres y reducir las barreras relacionadas con transporte, distancia y tiempo.
- Garantizar inversión en infraestructura rural y transporte comunitario. Es fundamental que las diversas instancias del Estado articule acciones para mejorar el estado de las vías de acceso a los centros de salud, asegurar alumbrado público y habilitar transporte sanitario accesible, especialmente en zonas vulnerables a fenómenos climáticos. Esto es esencial para asegurar atención oportuna, particularmente en emergencias.
- Fortalecer la atención con personal capacitado y sensibilizado en derechos sexuales y reproductivos. El personal de salud debe ser formado con enfoque en derechos humanos, género e interculturalidad, para garantizar una atención respetuosa, no discriminatoria y centrada en las necesidades reales de las mujeres, adolescentes y niñas. Asimismo, se debe asegurar la disponibilidad de personal médico en horarios extendidos y fines de semana.
- Incorporar la participación comunitaria y de organizaciones de mujeres en la toma de decisiones. El MINSAL mantener mecanismos de diálogo con organizaciones locales y liderazgos comunitarios, para diseñar políticas públicas que respondan a las realidades del territorio. Incluir la voz de las mujeres es clave para construir un sistema de salud más justo, inclusivo y eficaz. Esto facilita comprender las determinantes sociales y con base a ello, evaluar adecuadamente la conveniencia de los cambios y adaptaciones de los servicios públicos.
- Es fundamental evaluar el impacto de las políticas de salud bajo el enfoque de género e inclusión, garantizando la cobertura, acceso y calidad de los servicios a los grupos en mayor condición de vulnerabilidad, entre ellas las mujeres residentes en zonas rurales, adultas mayores y mujeres con discapacidad.
- Fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, implica el monitoreo y evaluación de manera periódica para garantizar el abastecimiento de medicamentos e insumos básicos, incluyendo anticonceptivos, tratamientos para infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Retos y reflexiones para la atención de la salud mental en el marco de los servicios de salud sexual y salud reproductiva ⁴⁰

Introducción

En El Salvador, los servicios de salud sexual y reproductiva enfrentan múltiples retos que afectan especialmente a las mujeres, adolescentes de escasos recursos y comunidades históricamente vulneradas.

A continuación se exponen experiencias, observaciones y limitaciones actuales en el acceso a servicios médicos, psicológicos y de apoyo legal, así como propuestas para mejorar la atención con enfoque de derechos, equidad de género y sensibilidad social.

1. Retos actuales en la atención en salud sexual y reproductiva para mujeres y adolescentes de bajos recursos.

En los últimos años ha habido una notable reducción en los servicios comunitarios, especialmente las visitas domiciliarias de carácter preventivo. Actualmente, estas visitas se limitan a cuidados paliativos y curaciones específicas, dejando desatendida el área preventiva. La atención se ha enfocado en niveles secundarios y terciarios, con escasa cobertura de la atención primaria.

La Ley "Nacer con Cariño" busca erradicar la violencia gineco-obstétrica, lo cual es positivo, pero en paralelo, es necesario considerar que no todas las gestaciones son deseadas, y muchas resultan de violencia sexual. Por tanto, se debe priorizar la atención de mujeres embarazadas pero sin desatender otras situaciones igualmente prioritarias, como las atenciones ginecológicas

urgentes, cirugías de esterilización previamente programadas u otras situaciones que se enfrentan de manera frecuente en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva. Además, se debe fortalecer el enfoque de género para lograr el abordaje de las desigualdades estructurales que afectan a las mujeres en situaciones de violencia.

De igual forma, el enfoque de derechos en los servicios de salud mental, implica considerar las necesidades diferenciadas de mujeres LGTBI. Tanto el enfoque de género como de derechos humanos, facilitan la atención sin discriminación. Por ejemplo, muchas personas que viven con VIH enfrentan estigmas que limitan el acceso a tratamientos, y su situación se vincula erróneamente con promiscuidad, ignorando casos derivados de violencia sexual o relaciones monógamas. Todas estas situaciones críticas y otras no señaladas de manera expresa, precisan de abordajes integrales de salud mental.

2. Situación de la atención psicológica en los servicios de salud sexual y reproductiva

De igual forma cuando se hace referencia a la salud mental, es necesario analizar si esta comprende bajo estos enfoques de género y de derechos. En el sistema público se brinda atención psicológica a sobrevivientes de violencia sexual, pero esto depende en gran medida del enfoque individual del o la profesional de salud mental. No existe un protocolo estandarizado, lo cual provoca que muchas veces la atención carezca de perspectiva de derechos humanos o enfoque laico. Ya se han reportados casos donde la atención se mezcla con creencias religiosas, lo cual puede resultar contraproducente y revictimizante para las sobrevivientes.

La atención psicológica en instituciones públicas debería garantizarse bajo un enfoque respetuoso y sensible a las diversas realidades de las personas usuarias. Para ello es necesaria, priorizar estos servicios y garantizar presupuestos y recursos adecuados a las necesidades. No obstante, la escasez de profesionales de psicología en la red pública de salud es crítica: Según datos oficiales existe un total de 176 psicólogos distribuidos en diferentes niveles de atención como unidades de salud, hospitales, telecentros entre otros.

En el ISSS, si bien existe un programa especializado para el duelo perinatal, los cupos son limitados. La participación de acompañantes durante el embarazo se ve restringida por razones estructurales, como la falta de permisos laborales. Enfermería suele tener más contacto con las pacientes, pero su carga laboral impide una atención más profunda.

3. Principales desafíos para acercar los servicios a las poblaciones más vulnerables

Entre los mayores retos destaca la escasa atención a la violencia de género. La reducción de espacios como Ciudad Mujer donde se brindaba atención legal, médica y psicológica a mujeres, conlleva impactos importantes, dejando a muchas sin acceso cercano a mecanismos de denuncia o protección.

El acceso a métodos anticonceptivos también enfrenta obstáculos. A pesar de su disponibilidad, muchas mujeres no acceden a ellos por razones estructurales o culturales. Algunas esperan esterilización por años y quedan embarazadas en el proceso. Otras se enfrentan al rechazo de sus parejas si desean usar métodos temporales. Todos estos elementos deben ser analizados desde la salud mental, a fin de no culpabilizar a las mujeres por la pérdida de embarazos o abortos espontáneos, facilitando el apoyo profesional necesario desde la red pública de salud.

Conclusiones

- La salud sexual y reproductiva en El Salvador enfrenta un complejo panorama institucional, es preciso fortalecer el enfoque de género y corregir las deficiencias en la atención psicológica en el marco de la salud sexual y salud reproductiva.
- Fortalecer los servicios de salud mental requiere voluntad política, inversión en profesionales de la psicología, y un compromiso real con el respeto de los derechos humanos, especialmente de las mujeres que más necesitan un sistema de salud equitativo, accesible y digno.
- La atención psicológica para mujeres, especialmente sobrevivientes de violencia sexual, sigue siendo inconsistente y altamente dependiente del criterio personal del o la profesional, lo cual pone en riesgo el respeto a los derechos humanos y puede conducir a prácticas revictimizantes, especialmente cuando se imponen creencias religiosas o se carece de enfoque de género.
- La escasez de profesionales de psicología en la red pública limita gravemente el acceso a servicios de salud mental, especialmente en áreas rurales donde las mujeres enfrentan múltiples barreras para recibir atención especializada, lo que acentúa las desigualdades estructurales entre zonas urbanas y rurales.
- Los servicios especializados, como el programa de duelo perinatal en el ISSS, siguen siendo limitados en cobertura y accesibilidad. Además, los roles de acompañamiento durante el embarazo y parto se ven restringidos por razones estructurales como la falta de permisos laborales y la sobrecarga del personal de enfermería, lo cual afecta la calidad de la atención integral para las mujeres.
-

Recomendaciones para fortalecer la atención psicológica en el marco de la salud sexual y salud reproductiva

- El MINSAL debe desarrollar y aplicar un protocolo nacional estandarizado de atención psicológica para sobrevivientes de violencia, con enfoque de derechos humanos, género y laicidad. Este protocolo debe ser obligatorio para todo el personal de salud mental en el sistema público, e incluir capacitaciones continuas y mecanismos de supervisión.
- Fortalecer los servicios de salud mental requiere voluntad política y presupuestos adecuados para la contratación suficiente de profesionales.
- Fortalecer el presupuesto financiero adecuado para la contratación suficiente de profesionales en psicología y psiquiatría en el sistema público para garantizar atención integral y oportuna.
- Es urgente que el Estado aumente la inversión en salud mental, incorporando más psicólogos y psicólogas en la red pública, especialmente en regiones rurales y periurbanas. Deben establecerse incentivos para que las y los profesionales trabajen en zonas de difícil acceso y se asegure una distribución equitativa del recurso humano.
- Esto requiere no solo ajustes en el sistema de salud, sino también fomentar políticas laborales justas que garanticen el pleno cumplimiento de los derechos laborales del personal del ramo de salud.
- Se debe ampliar la cobertura de programas especializados en salud mental perinatal, así como garantizar el derecho al atención durante el embarazo y el parto de alto riesgo.
- Garantizar que los centros de salud sean espacios laicos, donde se priorice la atención médica y la atención a la salud mental de manera oportuna como parte de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Reforzar la formación en enfoque de género, salud mental y diversidad sexual en el sistema público debe ser prioritario.
- Supervisar que las atenciones psicológicas se brinden en espacios que garanticen la privacidad y respeto en zonas urbanas y rurales, con las adaptaciones necesarias para atender a personas con discapacidad.

Bibliografía

- Banco Central de Reserva (BCR) – Oficina Nacional de Estadísticas y Censos (ONEC). (2024). VII Censo de Población y VI de Vivienda 2024. Resultados Preliminares. Gobierno de El Salvador. <https://geoportal.bcr.gob.sv/pages/teg-fecundidad>
- Banco Central de Reserva. (2024). Tabulados Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 2023.
- Banco Mundial. (s.f.). Portal de datos de Género – El Salvador. <https://genderdata.worldbank.org/en/economies/el-salvador>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Demanda insatisfecha de planificación familiar: indicadores de derechos sexuales y reproductivos. <https://cepal.org>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Observatorio Demográfico 2022: América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=2183
- Dirección Regional de Salud Central. (2025). POA 2024.
- Dirección Regional de Salud Metropolitana. (2025). POA 2024.
- Dirección Regional de Salud Occidental. (2025). POA 2024.
- Dirección Regional de Salud Oriental. (2025). POA 2024.
- Dirección Regional de Salud Para-Central. (2025). POA 2024.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2022). El estado de la población mundial. <https://www.unfpa.org/es>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2023). Mapa de Embarazos en niñas y adolescentes. El Salvador 2023. <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/mapa-de-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-el-salvador-2023>
- FP2030. (2022). Resumen país: El Salvador. <https://www.fp2030.org>

- MINSAL. (2015). Mecanismos e incentivos para cubrir áreas desatendidas: Implementación de la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar en El Salvador.
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2015/reu_rhs_sept_arg/14_maelias_elsalvador.pdf
- MINSAL. (2018). ECOS Familiares y Especializados nacen con la Reforma de Salud.
<https://w5.salud.gob.sv/18-06-2018-ecos-familiares-y-especializados-nacen-con-la-reforma-de-salud>
- MINSAL. (2019). Reforma de Salud: Más allá de los servicios de salud.
<https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/cursos/Becas/Congreso-Intl-sobre-Reforma-de-Salud-2017/pdf/Libro-Reforma-de-Salud-mas-alla-de-los-servicios-de-salud-congreso-de-la-reforma-de-salud-de-el-salvador-v2.pdf>
- MINSAL. (2021). ANTICONCEPCIÓN.
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2021/presentaciones/telesalud/presentacion03062021/ANTICONCEPCION.pdf
- MINSAL. (2024). Lineamientos técnicos para la atención preconcepcional y alto riesgo reproductivo.
https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalaatencionpreconcepcionalyaltoriesgoreproductivo-Acuerdo-Ejecutivo-1191-03042024_v1.pdf
- MINSAL. (2024). Solicitud de Información realizada por el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, número correlativo N°366/2024.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Educación integral en sexualidad y salud reproductiva. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Estrategia global para acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2023). Cancer [Ficha informativa].
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2024, 1 de febrero). Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios.
<https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
- ORMUSA. (2023). Personas usuarias activas de métodos anticonceptivos en El Salvador.
<https://m.facebook.com/ormusa.org/photos/1065719202248993>
- UNICEF. (2023). ¿Por qué tener una consulta preconcepcional?
<https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/por-que-tener-una-consulta-preconcepcional>

Entrevistas

- Carranza, Verónica – lideresa comunitaria.
- Pérez Hernández, Carmen – lideresa comunitaria.
- Rodas, Claudia – lideresa comunitaria.
- Linares de Trujillo, Rocío Elena – directora de Salud Materno Infantil, Universidad del Salvador. (30 agosto 2024).
- Reyes, Iliana – Asociación de Mujeres Viroleñas de Zacatecoluca (AMOVIZ). (30 abril 2025).
- Herrera, Morena – activista y defensora de derechos humanos. (30 abril 2025).
- Murillo, Morena – Coordinadora nacional del Foro Nacional de Salud. (12 mayo 2025).
- Castillo, Silvia – residente de Calle El Pedregal, La Paz. (30 abril 2025).
- Entrevista a usuaria de implante subdérmico. (27 marzo 2025, Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos).

Referencias

- ASAPRECAN. (2025). IV Congreso Oncológico El Salvador 2025. <https://n9.cl/6jjtv>
- Asociación Demográfica Salvadoreña. (2014). Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer cervicouterino, el virus del papiloma humano y sus formas de prevención en Santa Ana y Sonsonate, El Salvador. ADS/Pro-Familia.
- Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos. (2024). Casos de cáncer al alza (Boletín No. 3, julio-septiembre). ORMUSA/ASSR.
- ISSS. (2025). Solicitud de Información, correlativo N°18633/2025.
- FNS. (abril 2025). Posicionamiento frente a la crisis sanitaria. https://x.com/FNS_OficialSV/status/1907812126791479429



**OBSERVATORIO
DE DERECHOS SEXUALES Y
DERECHOS REPRODUCTIVOS**

ORMUSA

<https://observadsdr.org/>



Nafarroako
Gobernua  Gobierno
de Navarra



Asamblea de
Cooperación
por la Paz


AYUNTAMIENTO DE CÓRDOBA