

Mapeo de políticas, prácticas y demandas comunitarias en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Barreras para la utilización y provisión de servicios.




en apoyo a:

ORMUSA

Mapeo de políticas, prácticas y demandas comunitarias en Salud Sexual y Salud Reproductiva

Barreras para la utilización y provisión de servicios.

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



Mapeo de políticas, prácticas y demandas comunitarias en Salud Sexual y Salud Reproductiva.
Barreras para la utilización y provisión de servicios.

Copyright © ORMUSA

Coordinación

Jeannette Urquilla
Gloria Cerón
Mayra Karina Bolaños

Equipo de investigación

Nilda Astrid Pineda Ríos
Karla María Molina Ciriani
Noelia Cristina Laínez Zelaya

Edición

Vilma Margarita Vaquerano
Marcos Molina

Revisión y aprobación

Jeannette Urquilla, Directora Ejecutiva. ORMUSA

Diseño de portada:

Marcos Molina

Diagramación e impresión:

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


El Salvador, Centro América, 2016

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

Contenido

| | | |
|------|---|----|
| | Introducción..... | 5 |
| I | Siglas y Abreviaturas..... | 6 |
| II. | Metodología..... | 7 |
| III. | Marco Conceptual | 9 |
| | Enfoques utilizados para la investigación | 9 |
| | Salud Sexual y Salud Reproductiva | 9 |
| IV. | Mapeo de prácticas y demandas comunitarias con relación a la SSSR..... | 13 |
| | COMPONENTE 1: Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad..... | 13 |
| | COMPONENTE 2: Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH..... | 17 |
| | COMPONENTE 3: Educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos..... | 21 |
| | COMPONENTE 4: Acceso a información y servicios en Salud Sexual y Salud Reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción..... | 25 |
| | COMPONENTE 5: Atención especializada en Salud Sexual y Salud Reproductiva para jóvenes y adolescentes | 31 |
| | COMPONENTE 6: Garantizar la participación ciudadana con enfoque inclusivo, en la toma de decisiones en los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva..... | 35 |
| | COMPONENTE 7: Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género. | 37 |
| V. | Demandas de la Sociedad Civil en el ámbito nacional con respecto al acceso a la SSSR de la población salvadoreña..... | 42 |
| | Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad. | 42 |
| | Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH..... | 42 |
| | Acceso a información y servicios en salud sexual y salud reproductiva, incluidos los | |





| | |
|--|----|
| servicios de anticoncepción..... | 43 |
| Acceso para personas con discapacidad en horarios oportunos de atención y emergencia a todos los servicios de SSSR..... | 43 |
| Atención especializada en SSSR para adolescentes y jóvenes..... | 44 |
| Garantizar la participación ciudadana con enfoque inclusivo, en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y salud reproductiva..... | 44 |
| Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género..... | 45 |
| VI. Conclusiones y recomendaciones..... | 46 |
| VII. Bibliografía..... | 50 |
| VIII. Anexos..... | 52 |
| Anexo 1. Carta Metodológica Talleres de Consulta para personas servidoras de SSSR | 52 |
| Anexo 2. Carta Metodológica Talleres de Consulta para sociedad civil..... | 54 |
| Anexo 3. Matriz de preguntas de Investigación | 56 |

Introducción

El siguiente Mapeo de prácticas y demandas comunitarias, incluyendo barreras para la utilización y provisión de servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSySR), ha sido elaborado por la Asociación Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA). Constituye un ejercicio de contraloría en el marco del proyecto “Derechos de Salud Reproductiva para las Mujeres marginadas en Centroamérica”, el cual es financiado por la Unión Europea, Health Poverty Action y Christian Aid. El Mapeo se desarrolló en cinco municipios del Departamento de La Paz: El Rosario, San Pedro Masahuat, Santiago Nonualco, Olocuilta y Zacatecoluca.

Este informe incluye el contexto a nivel nacional de la situación de servicios de salud sexual y reproductiva. Detalle de la metodología utilizada, de carácter participativa. Esto permitió recoger información cualitativa, aportes y opiniones de actores estratégicos vinculados con el proceso de prestación de los servicios de SSySR; se analizaron informes oficiales e investigaciones previas entre otras fuentes secundarias que coadyuvaron a dimensionar los aspectos y variables de la investigación.

Presenta también un resumen del mapeo reseñando las prácticas y demandas identificadas por la comunidad, vinculadas a los servicios comprendidos dentro de la salud sexual y salud reproductiva, incluye además las barreras, dificultades u obstáculos que limitan la provisión de estos servicios en siete componentes que constituyen la SSySR.

Se exponen los resultados de la investigación, contrastando lo expuesto por los prestadores de servicios de salud sexual y salud reproductiva con los hallazgos sobre la realidad que enfrenta la población usuaria en centros de salud ubicados en los municipios analizados.

A manera de cierre, se exponen conclusiones y recomendaciones basadas en los hallazgos del mapeo, en la legislación nacional y en los compromisos adquiridos por El Salvador con la comunidad internacional al respecto. Finalmente, en los anexos se incluyen las herramientas técnicas de recolección, sistematización y análisis de datos utilizadas para el desarrollo de la investigación.



I. Siglas y Abreviaturas

| | |
|---|--------------------|
| Anticoncepción Oral de Emergencia | AOE |
| Clínicas de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual | VICITS |
| Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia | CONNA |
| Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos | DSDR |
| Dispositivo Intrauterino | DIU |
| Educación Integral de la Sexualidad | EIS |
| Equipos Comunitarios de Salud Familiar | ECOSF |
| Federación Internacional de Planificación Familiar | IPPF |
| Fondo de población de las Naciones Unidas | UNFPA |
| Infecciones de Transmisión Sexual | ITS |
| Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral | ISRI |
| Ley Especial Integral para una Vida libre de Violencia contra las Mujeres | LEIV |
| Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia | LEPINA |
| Ministerio de Salud | MINSAL |
| Ministerio de Educación | MINED |
| Organización Mundial de la Salud | OMS |
| Planificación Familiar | PF |
| Prueba para virus de papiloma humano | PAP |
| Salud Sexual y Salud Reproductiva | SSSR |
| Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida | Sida |
| Sociedad Civil El Rosario | ER |
| Sociedad Civil Olocuilta | OI |
| Sociedad Civil Santiago Nonualco | SN |
| Sociedad Civil San Pedro Masahuat | SPM |
| Sociedad Civil Zacatecoluca | Za |
| Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica | UCSF |
| Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia | UCSF Intermedia |
| Virus de Inmunodeficiencia Humana | VIH |
| Virus del Papiloma Humano | VPH |

II. Metodología

• **Objetivos de la Consultoría.**

Objetivo General:

Contar con un mapeo de prácticas y demandas comunitarias en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo aquellas que constituyen barreras o limitantes para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) de manera inclusiva, con calidad y calidez.

Objetivos Específicos:

1. Identificar las principales limitantes en la prestación de los servicios de SSSR vistas desde quienes los brindan.
2. Identificar las prácticas que constituyen barreras para el acceso a los servicios de SSSR.
3. Conocer las principales demandas en SSSR de la población, especialmente mujeres, adolescentes y jóvenes, incorporando los enfoques de género, generacional, diversidad e inclusión.

• **Alcance Geográfico**

Cinco municipios del departamento de La Paz comprendidos en el proyecto marco en la cual se incluye el mapeo. Estos son Zacatecoluca, Olocuilta, San Pedro Masahuat, Rosario de la Paz y Santiago Nonualco.

• **Metodología**

Para la elaboración del mapeo se utilizaron principalmente tres técnicas de investigación:

- a) Grupo focal (1) con personas prestadoras de servicios de salud de la Región Paracentral.
- b) Talleres municipales (5) de consulta con grupos clave de sociedad civil.
- c) Entrevistas (4) a personas prestadoras de servicios de salud a nivel Nacional.
- d) Taller con personas de organizaciones nacionales

vinculadas a la defensa de la SSySR, derechos sexuales y derechos reproductivos.

Los componentes explorados fueron adaptados por el equipo consultor a partir de la propuesta elaborada por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA). Para cada uno de los componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, se definieron una serie de preguntas de investigación que fueron aplicadas por medio de las técnicas arriba mencionadas (Ver Anexo I).

• **Componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva**

1. Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad.
2. Prevención y tratamiento de VIH e Infecciones de Transmisión Sexual.
3. Educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos.
4. Acceso a información y servicios en SSSR, incluyendo servicios de anticoncepción.
5. Atención especializada en SSSR para jóvenes y adolescentes.
6. Garantizar la participación ciudadana con enfoque de inclusión, en la toma de decisiones en los servicios de SSSR.
7. Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género.

Para la construcción del mapeo, los componentes de la SSSR fueron analizados a la luz de las características DAAC: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad¹. Definidos en los siguientes términos:

¹ Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (2015). Informe Especial sobre el Estado de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador. El Salvador. Consultado en: file:///C:/Users/Ethel/Downloads/informe_pddh_unfpa_091015_ch_final.pdf.

1. **Disponibilidad.** Que haya una cobertura óptima o adecuada de establecimientos, pertinentes a la demanda de servicios, productos y programas de cuidado de la salud.
2. **Accesibilidad.** Que los establecimientos y servicios de salud estén accesibles a todas las personas, especialmente a quienes viven en condiciones de marginación, exclusión y vulnerabilidad. En esta característica es necesario considerar el acceso a instalaciones, a bienes y a servicios sin discriminación de ningún tipo. Se entenderá como barrera a la accesibilidad el establecer condicionantes relativas al estado familiar de las personas.
3. **Aceptabilidad.** Requiere que los establecimientos, servicios y productos de salud deben ser respetuosos de la cultura de las personas y de las diferencias de género y edad.²
4. **Calidad.** La atención en SSSR debe ser científica, adecuada, medicamente apropiada y actualizada a los estándares mundiales. En el caso de la Educación Integral de la Sexualidad, el contenido debe ser en un lenguaje comprensible y basado en un enfoque promocional y no solamente preventivo para garantizar la salud sexual y salud reproductiva, así como la toma de decisiones apropiada sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales y cuándo el comportamiento sexual tenga un fin reproductivo.

Se consideró también si las intervenciones en materia de salud son sensibles a las necesidades especiales y específicas de mujeres, adolescentes, jóvenes, indígenas, LGBTI, personas en trabajo sexual, personas adultas mayores y personas con VIH. Si se garantiza la participación de todas las personas en estos asuntos, sin barreras formales o informales como estado familiar; condicionantes relativas al VIH; normas de género discriminatorias; estereotipos y prejuicios que excluyen o restringen la participación de las personas con base en ideas de género.

Uno de los enfoques aplicados en la elaboración del mapeo es el de inclusión. Este se consideró tanto en la conformación de los grupos de consulta como en el diseño de los instrumentos de recolección de información, logrando explorar la realidad de las poblaciones siguientes:

- Mujeres organizadas y/o lideresas
- Personas LGBTI
- Indígenas
- Adolescentes
- Jóvenes
- Personas adultas mayores
- Personas con discapacidad (o sus familiares)
- Personas viviendo con VIH
- Personas en trabajo sexual

² El comentario 15 del Comité de los Derechos del Niño, sobre la salud de los adolescentes, expresa que los Estados deben prestar servicios de salud que sean sensitivos a las necesidades específicas y a los derechos humanos de todas y todos los adolescentes (NU, 2013) y que cumplan con las siguientes características: disponibles, accesibles, aceptables y de calidad (DAAC).

III. Marco Conceptual

1. Enfoques utilizados para la investigación

La investigación se realizó desde un enfoque de derechos humanos, los cuales tienen un carácter multidimensional e indivisible y constituyen la base fundacional de la visión de dignidad humana.

Se basa en cinco principios: participación; rendición de cuentas; no discriminación, igualdad y atención a grupos en situación de mayor vulnerabilidad; empoderamiento y articulación con estándares en derechos humanos.³

Se incorporó además el principio de igualdad y no discriminación. Entendida la igualdad como un derecho individual y colectivo. Este enfoque implica transversalizar la integración igualitaria de las necesidades, intereses, experiencias y contribuciones de mujeres y hombres en todas las esferas de la vida.

Complementan estos abordajes, los siguientes enfoques:

- **Enfoque de género.** Permite hacer un análisis crítico del proceso de inclusión y exclusión de conductas, tareas, actitudes, cualidades, que se hacen a partir de un “determinismo biologizado” y que tiene como resultado la construcción de una relación de poder del masculino sobre lo femenino como un fenómeno universal e invariable.
- **Enfoque generacional.** Plantea que los fines y métodos de las intervenciones deben ajustarse al momento de desarrollo del curso de vida en que se encuentran las personas destinatarias de las

mismas; así como responder a las especificidades de la normativa que tutela los derechos y las garantías de que estas personas son titulares, en razón de su edad.

- **Enfoque de diversidad e inclusión.** La diversidad hace referencia al complejo espectro de diferencias visibles y no visibles que caracterizan a los hombres y a las mujeres⁴. La Inclusión es un enfoque que responde positivamente a la diversidad de las personas y a las diferencias individuales, entendiendo que la diversidad no es un problema, sino una oportunidad para el enriquecimiento de la sociedad⁵.

2. Salud Sexual y Salud Reproductiva

La aproximación al concepto de salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de derechos humanos, implica el desarrollo de los siguientes componentes indispensables.

a. Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad

La educación sexual integral se imparte a lo largo de los años, incluye información científica y precisa sobre la anatomía, embarazo, anticoncepción, desarrollo humano, infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH⁶. En la actualidad la EIS forma parte del currículo oficial paralelo y cuenta con su plan de estudio que además aborda los temas sociales que rodean la sexualidad y la reproducción, tales como la cultura y las relaciones familiares e interpersonales.

³ Modificado del texto original del documento: De la Cruz, C., Guía Metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo, Emakunde, Vitoria-Gasteiz, 1998. En Proyecto América Latina Genera. “Género, Derechos y Desarrollo Humano”. PNUD. San Salvador. 2007. Pág. 16.

⁴ Género, Diversidad e Igualdad: Agencia Consultora. Definiciones. <http://www.gdeca.org/definiciones.html#diversidad>

⁵ Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All. Pág. 12. UNESCO, 2005. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001402/140224e.pdf>

⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas. UNFPA. <http://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral>



Como parte de los derechos humanos, tiene sus mismas características, pues son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables; esto propicia que la juventud esté capacitada para tomar decisiones fundamentadas sobre su sexualidad, asumir la responsabilidad por sus propios actos y respetar los derechos de las otras personas.

b. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ITS se propagan generalmente por contacto sexual, incluidos el sexo vaginal, anal y oral; también pueden propagarse a través de transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS –en particular, la clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis–, pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

Hoy en día, cuatro de estas infecciones son curables: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis; las otras cuatro son infecciones virales incurables: hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y Virus del Papiloma Humano (VPH); no obstante, existen tratamientos capaces de atenuar o modificar los síntomas o la enfermedad⁷.

Las intervenciones de asesoramiento representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Estas incluyen:

- Educación Integral de la Sexualidad, a través del asesoramiento y consejería antes y después de las pruebas de ITS y VIH;
- Asesoramiento y consejería sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos; e
- Intervenciones dirigidas estratégicamente a personas trabajadoras sexuales, Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y consumidores de drogas inyectables; y

- Asesoramiento y educación sexual de acuerdo con las necesidades de los y las adolescentes⁸.
- Lo anterior corresponde a una serie de intervenciones que, aunque no pertenecen a un currículo oficial, si forman parte de un currículo adicional, promoviendo de manera intencional la participación voluntaria y colaborativa de las comunidades en torno a la promoción de la EIS.

Para prevenir la hepatitis B y el Virus del Papiloma Humano hay vacunas seguras y muy eficaces. Con respecto a los tratamientos contra las ITS, están:

- Tres ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con antibióticos de dosis única.
- Para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla.
- Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado⁹.

c. Educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos.

Este componente implica que el sistema de salud provee los servicios, insumos, recursos y medicamentos necesarios para la prevención de la mortalidad materna, el tratamiento para las mujeres que padecen complicaciones en el embarazo o que sufren aborto. Así mismo, se debe garantizar el acceso a servicios de salud materna, satisfaciendo las necesidades de las mujeres en condiciones de vulnerabilidad tales como niñas, adolescentes, población en condición de pobreza, mujeres indígenas, trabajadoras inmigrantes y mujeres rurales. Además, deben implementarse programas de asesoramiento a las madres por primera vez con énfasis en adolescentes.

⁷ Organización Mundial de la Salud (2015). Nota descriptiva N° 110, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>

⁸ Ídem.

⁹ Ídem.

d. Acceso a información y servicios en salud sexual y salud reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción.

Los programas de educación sexual deben contener información científicamente correcta. Aunado a esto, adolescentes y jóvenes deberían poder solicitar Servicios de salud sexual y salud reproductiva (incluidos los anticonceptivos), sin previa autorización de sus padres, madres o tutores; así también las mujeres, deben tener acceso a solicitarlos sin necesidad de obtener el permiso de sus parejas. Esto lleva intrínseca la inclusión de las personas LGBTI con protocolos y lineamientos para su atención, así como la indispensabilidad de la privacidad y confidencialidad de la información médica y de cualquier tipo de información personal.

Al respecto de los anticonceptivos, la OMS sostiene que: “El acceso a los anticonceptivos permite a las parejas espaciar los embarazos y a quienes lo deseen limitar el tamaño de la familia. Las pruebas apuntan a que las mujeres con más de cuatro hijos corren un mayor riesgo de muerte por complicaciones durante el embarazo y el parto”, y que “Muchas de las personas que en estos momentos no tienen acceso a servicios de anticoncepción son jóvenes, pobres y viven en zonas rurales o en barrios urbanos marginados”¹⁰.

e. Atención especializada en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes y jóvenes.

Debe partirse de la protección de la información de adolescentes y jóvenes que hacen uso de los servicios de SSySR, en relación con el consentimiento informado, su orientación sexual, historial sexual, parejas y comportamientos sexuales, reconociendo el ejercicio progresivo de sus capacidades y facultades.

Las personas adultas deben respetar el derecho de adolescentes y jóvenes a su autonomía sexual, así como en la toma de decisiones acerca de su sexualidad,

comportamiento sexual e intimidad, sin interferir arbitrariamente en éstas. Además, debe proveerse el acceso a información sobre estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad, género y relaciones sexuales. Así, también generar espacios y oportunidades para que las personas adolescentes y jóvenes ejerzan su derecho a aportar a los programas de Educación Integral en Sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad.

f. Garantizar la participación ciudadana con enfoque inclusivo, en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

La Política Nacional de Participación Social en Salud (MINSAL 2012), plantea que “participar socialmente en salud involucra la toma de decisiones relacionadas con las dimensiones citadas, pero también en el debate sobre la identificación y actuación sobre los factores que las determinan, tanto como sobre los factores que también determinan su distribución desigual entre grupos poblacionales.

Es importante el conocer profundamente el proceso de participación social, sus particularidades, determinantes, y los elementos que en él intervienen, ya que permite que se logre definir y proponer una Política pública de aplicación nacional, que sirva como instrumento al quehacer de los trabajadores de la salud (...)

La Política Nacional de Salud del Ministerio de Salud, período 2009-2014, establece en su estrategia 4, “Participación Social y Comunitaria”, la creación de estructuras y procedimientos de participación comunitaria en atención primaria de salud en todos los niveles del sistema, recurriendo a diferentes formas. Entre ellas: “promover la integración social comunitaria y las organizaciones sociales en la definición y ejecución de las políticas de salud”, llamando a estas organizaciones a “ejercer la contraloría social en salud, participar en la evaluación y en la toma de

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (2014). “La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción”. Comunicado de prensa, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/es/>

decisiones de mayor trascendencia que afectarán a la comunidad”¹¹.

Esta práctica tiene una doble función: En primer lugar, conocer las necesidades y demandas de la población, de manera que la actuación del Estado se encamine a dar respuesta a las mismas; lo que también incluye un componente de transparencia en la creación de políticas, leyes y programas, así como en la asignación de recursos públicos y/o la reorganización administrativa de las instituciones. En segundo lugar, el Estado se legitima al dar respuesta a lo solicitado por la población, dotando de validez social a sus actuaciones; esto es deseable para los gobiernos pensando a mediano plazo pues a mayor legitimación y transparencia, crece exponencialmente la confianza e identificación de la población y su apoyo al gobierno a través del voto.

g. Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género.

La violencia contra las mujeres abarca todos los actos [o conductas] mediante los cuales se discrimina, se ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física¹².

El artículo 1 de la Convención Belém do Pará expresa que la violencia contra las mujeres es cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado¹³. Incluye una complejidad de actos, hechos y omisiones que las dañan y perjudican distintos aspectos de sus vidas y que se transforman en serias violaciones a sus derechos humanos.

La violencia sexual, de conformidad con el Art. 9 literal f de la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, se define como: “Toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntariamente su vida sexual, comprendida en ésta no sólo el acto sexual sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, con independencia de que la persona agresora guarde o no relación conyugal, de pareja, social, laboral, afectiva o de parentesco con la mujer víctima”¹⁴.

La misma normativa regula en su Art. 57 las garantías procesales de las mujeres que enfrentan hechos de violencia, dentro de las cuales –según el literal g-, se encuentra: “Recibir atención médica, tratamiento adecuado y especializado, en los casos que lo ameriten. Así como la utilización del Protocolo de atención en caso de violencia sexual, para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y la Guía Técnica de Atención en Planificación Familiar”¹⁵.

En cuanto a la prevención, la Organización Mundial de la Salud, se ha pronunciado a fin de que “En el marco de la salud pública, la prevención primaria significa disminuir el número de casos nuevos de violencia de pareja y violencia sexual, al responder a los factores que hacen más probable que ocurra la agresión en primera instancia. Por consiguiente, la prevención primaria se basa en la definición de los factores determinantes de las causas, seguida de la adopción de medidas que respondan a los mismos. La repercusión de los programas integrales aplicados en amplia escala se puede determinar luego a nivel de población, comparando las tasas de ejercicio o de padecimiento de la violencia”¹⁶.

¹¹ Ministerio de Salud. Política Nacional de Participación Social en Salud. Acuerdo N° 1889, del día 7 de diciembre de 2012. Publicado en el Diario Oficial N° 235, Tomo 397, del 14 de diciembre de 2012.

¹² Susana Velásquez (2004). Violencia cotidiana, violencia de género. Escuchar, comprender y ayudar. Buenos Aires. Paidós.

¹³ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará”.

¹⁴ Asamblea Legislativa de El Salvador: Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres según decreto No. 520, fecha: 25/11/2010, publicado en el D.O. No. 02, Tomo 390 del 04/01/2011.

¹⁵ Ídem.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (2011). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

IV. Mapeo de prácticas y demandas comunitarias con relación a la SSSR

COMPONENTE 1: Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad (EIS)

Campañas impulsadas por el MINSAL sobre Educación Integral de la Sexualidad (EIS).

Campañas que identifican el personal prestador de servicios de salud:

- Campañas de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) (Zacatecoluca).
- Grupos de autoayuda en cada uno de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) y Unidades Comunitarias de Salud Familiar Periférica (UCSF Periférica).
- Capacitaciones sobre orientación a personas trabajadoras sexuales.

Las personas entrevistadas consideran que la capacitación sobre las campañas se muestra de manera limitada al personal y no identifican acciones de seguimiento en el ámbito local. Como resultado de las mismas, la población acude con mayor frecuencia a los servicios con menos tabúes (o prejuicios), además de la confianza que adquiere con el personal médico, de enfermería, promotoras, promotores y otros. No obstante, existe deficiencia en la adquisición de material didáctico y de divulgación para utilizar en grupos de autoayuda.

Las personas de sociedad civil consultadas en Santiago Nonualco, reseñan la necesidad de realizar charlas sobre VIH, ya que consideran que se priorizan otras problemáticas como la erradicación de zancudos transmisores de virus como el dengue.

| Tipo de actividades identificadas por población consultada | |
|--|---|
| Planificación Familiar | Santiago Nonualco, San Pedro Masahuat y Olocuilta |
| Atención a embarazadas | Santiago Nonualco, |
| Prevención de ITS y VIH | Santiago Nonualco y Zacatecoluca. |
| Sexualidad y violencia basada en género | Zacatecoluca. |

Es importante considerar que la población tiene acceso a información a través de medios de comunicación (entrevistas televisivas y radio), tal como lo menciona el grupo de Olocuilta. Otras instituciones que contribuyen con la labor de difusión de información es el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de campañas, volantes y exhibición del producto (demostraciones de uso y propiedades de métodos anticonceptivos principalmente condones, en Olocuilta; en El Rosario lo hace personal de salud de la Iglesia Luterana; y la municipalidad de Zacatecoluca suministra de métodos anticonceptivos (Cantón San Rafael montes de Zacatecoluca).

Una barrera que identifican es el formato escrito del material utilizado para la difusión de información, debido a que muchas personas no saben leer. Para el Departamento de La Paz, el analfabetismo es 11.1% para personas de 10 años y más (EHPM 2015), por lo que es necesario adaptar y hacer más comprensible la

información a las personas y que sea más personalizada (San Pedro Masahuat).

La población de Santiago Nonualco, expresó interés en que se realicen campañas de sensibilización sobre ITS, VIH e identidades de género.

Prevención de embarazos en adolescentes, en el contexto de la Educación Integral de la Sexualidad.

Las acciones identificadas por el personal prestador de servicios de salud a nivel local son:

- Club de adolescentes.
- Charlas en centros educativos.
- Talleres vocacionales.
- Captación de adolescentes para servicios de prevención.
- Apertura de Clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (VICTS).
- Festivales con participación de adolescentes.
- Actividades recreativas (carrera de bicicletas, de caballos, etc.),
- Dramatizaciones.
- Labores de apoyo a saneamiento integral.
- Participación en actividades religiosas.

Llama la atención que las acciones que se realizan a nivel local son actividades puntuales, dispersas y desvinculadas con la estrategia a nivel nacional, salvo el reconocimiento del Club de adolescentes. Es preocupante que se visibiliza la participación en actividades religiosas como forma de prevención de embarazos adolescentes, especialmente si dicha mención proviene de personal de salud.

Por parte de la población de sociedad civil, las acciones identificadas para la prevención de embarazos en adolescentes son charlas sobre métodos anticonceptivos impartidas por personal de enfermería de las Unidades

de Salud en Zacatecoluca y asesoría a adolescentes en Santiago Nonualco. Por el contrario, en Olocuilta, consideran que no hay mucha información hacia esta población; además, se sugiere usar los avances tecnológicos para difundir esta información.

De igual manera, señala la escasez de medicamentos, condones e insumos necesarios para la SSSR y anticoncepción en San Pedro Masahuat; así como la negación de anticonceptivos a personas adolescentes en algunas clínicas de Zacatecoluca, aunque se aclara que en algunas se los proporcionan siempre y cuando se inscriban en control sobre planificación familiar. En el caso de El Rosario, identifican el trabajo que realiza personal médico de Iglesia Luterana; y manifiestan que el MINSAL no realiza este tipo de acciones en esa zona.

El grupo entrevistado en Zacatecoluca sugiere que se den charlas de educación sexual en las escuelas, aunque no les den insumos para la anticoncepción, al menos expliquen los métodos anticonceptivos y lo que implica un embarazo adolescente.

Acceso a la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) libre de juicios culturales y religiosos

Con respecto a la Educación Integral de la Sexualidad, tanto el personal de salud, como la población de sociedad civil, no la reconocen como componente de la SSSR. Por tanto, se prioriza la prestación de servicios en general y no las acciones de prevención, incluyendo el acceso a la EIS.

En el ámbito local, las personas prestadoras de servicios de salud consideran que sus colegas no emiten juicios religiosos como criterio para el acceso a la SSSR. Sin embargo, en las consultas realizadas a funcionarios del nivel nacional se identifica como una barrera institucional la persistencia de tabúes de origen cultural y religioso, en el personal del MINSAL; por ejemplo, han tenido que suspender y buscar nuevo personal de la especialidad de ginecología porque el equipo anterior se negaba a proporcionar la Planificación Familiar (Dra. Jeannette Alvarado, MINSAL 2016).

Al consultar a la población sobre si la atención que brinda el personal de salud con respecto a la sexualidad o el acceso a métodos anticonceptivos, es sesgada por juicios religiosos; las respuestas varían en los diferentes grupos. En San Pedro Masahuat no saben esta información; en Olocuilta afirman que no han tenido experiencias de este tipo; en Santiago Nonualco responden que no les han explicado sobre acceso a métodos anticonceptivos ni sobre sexualidad. Mientras que en El Rosario y en Zacatecoluca, afirman que no hay impedimentos de carácter religioso en cuanto a métodos de planificación y tampoco emiten opiniones religiosas.

Asesoría sobre el derecho a decidir si tener o no hijos e hijas; cuándo y cuantos; de manera responsable y libre, cuándo y cuántos hijos o hijas tener.

Desde el personal prestador de servicios hay dos valoraciones sobre la asesoría en este derecho y lo limitan al acceso a métodos de planificación familiar. Se considera que en los establecimientos de salud “se falla al imponer métodos de planificación y limitar el deseo de cada miembro de la población” para decidir cuál utilizar; sin embargo, en el área comunitaria el personal promotor de salud sostiene que se informa y se toma en cuenta los riesgos de cada población, no generando una imposición sino dando información para su libre decisión, pero esta decisión depende de la existencia de la variedad de métodos.

En los grupos consultados de San Pedro Masahuat, Olocuilta y Santiago Nonualco, se afirmó que el personal de salud no asesora para poder decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos, así como para decidir de manera responsable y libre, cuándo y cuántos hijos o hijas tener. Consideran que la información no es de calidad. En San Pedro Masahuat, detallan que las madres y padres de adolescentes se molestan cuando se les habla de SSSR y anticoncepción.

En Olocuilta, no hay promotor de salud ni se visitan las comunidades Las Flores y Los Almendros, cuando han requerido de este recurso, les responden que “no precisa”. En Santiago Nonualco, afirman que no les han

explicado nada al respecto o les han explicado muy poco.

Únicamente en Olocuilta manifiestan que el personal médico brinda asesoría y sensibiliza al respecto; en Zacatecoluca, responden afirmativamente bajo el argumento que “deciden cuántos hijos tener”.

Acceso a la EIS libres de discriminación

El personal prestador de servicios de salud considera que concientizar a la población sobre sus derechos y deberes es una forma de garantizar la EIS sin discriminación. También reconoce que la base es la Constitución de la República al establecer “que todos somos iguales ante la ley”. Califican como estrategia exitosa brindar información y consejería cuando la población lo solicita.

La información sobre Educación Integral de la Sexualidad, ha sido brindada a través de charlas en las escuelas, clínicas, hospitales, por Internet y televisión en Zacatecoluca. Sin embargo, en Olocuilta, afirman que la mayoría de adolescentes no tiene suficiente información, y debido a eso, hay muchos embarazos adolescentes. En el caso de El Rosario, perciben que no se brinda información a personas adultas mayores, porque se enfocan en las personas jóvenes y en las **zonas rurales** de Santiago Nonualco no les llega ninguna información.

Agregan que en algunos establecimientos de San Pedro Masahuat, “aceptan a la comunidad LGTBI, en lo mejor de los casos, pero esta aceptación es con burla. Las enfermeras se ponen a reír con los médicos de las personas gay, no las tratan con el respeto que se merecen”.

En el mismo municipio, este trato discriminatorio también se percibe en la atención a personas con VIH, ya que las enfermeras a veces no las quieren atender (tocar o inyectar).

Es imperante advertir que diversos grupos de personas lesbianas, personas indígenas, con discapacidad y



trabajadoras sexuales, no se visibilizan como personas objetivo de la EIS. Así mismo, se condiciona el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos al cumplimiento de deberes, principalmente en las personas jóvenes.

Acceso a información científica

Las personas prestadoras de servicios de salud expresan que brindan información sobre métodos de planificación familiar y otros servicios que se ofertan como Ministerio de Salud además de la consejería preconcepcional.

Además reconocen la existencia de un convenio entre Ministerio de Educación y MINSAL, pero en la práctica mencionan que es el área comunitaria (promotores y promotoras) quienes asumen la ejecución de dicho convenio, mencionan que, como parte de este, se entregan documentos didácticos para información llegando a la población priorizada y brindando orientación en temas relacionados a la SSSR, mencionan que las acciones de este convenio son parte de la planificación anual de cada UCSF Comunitaria.

Tres de los grupos consultados de Sociedad Civil, (San Pedro Masahuat, Santiago Nonualco y El Rosario), consideran que su establecimiento de salud no brinda información objetiva, amplia y científica acerca de la sexualidad, debido a que el personal médico “tiene pena de hablar de sexualidad” (SPM); es poca la información que da el MINSAL (ER); hay muy poco servicio comunitario (promotores de salud) y no les dan información sobre las diversas orientaciones sexuales ni sobre VIH (SPM); la información que tienen la han recibido de Organizaciones no Gubernamentales, como: Médicos del Mundo y ORMUSA (SN). No el caso de Zacatecoluca y Olocuilta, afirman que si se les proporciona información.

Con respecto al derecho de todas las personas al acceso a la información sobre los siguientes temas: Derechos Sexuales, orientación sexual, sexualidad e identidad de género en relación con la salud, mencionan que en la atención directa se brinda información y consejería,

aunque reconocen que de forma limitada en cuanto al tiempo asignado, mientras que en el área comunitaria se interviene con charlas periódicas. Se expresa que en la UCSF se desarrollan charlas en sala de espera. Sin embargo, no especifican el contenido de las charlas, ni hay un plan sistematizado para ello. Por otra parte, se observó que el personal de salud se refiere a la comunidad sexualmente diversa como “tal población”.

Las estrategias que nombra el personal prestador de servicios de salud en el ámbito local, para garantizar que todas las personas ejerzan su derecho a desarrollar habilidades con el fin de negociar relaciones más sólidas y más equitativas son: brindar información, consejería, participación en charlas y entrega de material didáctico, además de los grupos de autoayuda compartiendo su experiencia a nivel local y comunitario. La estrategia de consejería es mencionada con mucha frecuencia por el personal, pero al ser consultados sobre la capacitación en esta técnica mencionan que pocas personas han tenido esta oportunidad y que hay pocas condiciones de infraestructura para la privacidad en los establecimientos.

Acceso a información sobre igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y vida libre de violencia para las mujeres.

Tanto el grupo de Zacatecoluca como el de Olocuilta afirman que se está promoviendo la igualdad de género y la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, por medio de acciones afirmativas de comunicación en carteles, rótulos informativos, afiches en los postes de las comunidades (Zc); así como información sobre feminicidio, la mujer y la igualdad con los hombres (OI).

En cambio, el grupo de El Rosario y Santiago Nonualco, plantean que no han recibido información de parte de la UCSF, sino de las Organizaciones no Gubernamentales, porque llegan a las comunidades (ER); entre ellas mencionan a Médicos del Mundo y ORMUSA (SN). El grupo de San Pedro Masahuat desconoce si se están implementado acciones afirmativas.

Acceso a información sobre consentimiento pleno, libre e informado para el ejercicio de su sexualidad y derecho a la reproducción.

La forma en que el personal prestador de servicios de salud considera que se viabiliza es en dos vías, por una parte, en el área comunitaria, a través de los y las promotoras de salud mediante la estrategia de información cuando es solicitada, mencionan que tratan que sea de una forma accesible (cuidando el lenguaje). Y la otra vía es el área de atención directa a la población (cuando llega al establecimiento de salud) se brinda consejería de acuerdo a la necesidad que demande el usuario o usuaria.

Balance sobre Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC)

En relación a la disponibilidad, el personal prestador de servicios de SSSR en el ámbito local, considera que existen establecimientos pero no son suficientes para la población que se atiende. Además, se percibe limitantes en cuanto a la promoción de los servicios, así como de recurso humano, para facilitar las actividades de tal componente. Hay establecimientos cercanos a las personas pero el personal es poco, con respecto a la demanda. En este sentido, no se puede brindar toda la consejería que la población necesita.

Al respecto de la accesibilidad: el personal de salud en el ámbito local, considera que los establecimientos son accesibles a toda la población, con la limitante del riesgo vinculado con la situación actual de violencia. Las unidades de salud están abiertas a brindar los servicios, pero esta limitante es por la disputa de territorios de las pandillas, ya que algunos de estos establecimientos están ubicados en barrios donde no pueden entrar todas las personas.

Sobre la aceptabilidad, se valora que no se cumple para el cien por ciento de las áreas de las UCSF: "A veces las personas se van molestas por el trato que se les brinda, porque no todos tienen la misma forma de tratar a los usuarios". Agregan que en algunas áreas existe discriminación basada en las identidades de

género. Además afirman que el negarse a atender a una persona, depende de cada persona prestadora de servicio y el único que puede llamar la atención frente a esta falta, es el director del establecimiento de salud. Finalmente, la calidad se limita debido a tiempo, multiplicidad de actividades y negatividad de algunos profesionales a brindarla.

COMPONENTE 2: Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH.

Información sobre vías de transmisión y prevención de ITS y VIH, incluido el sexo seguro.

En cuanto a las prácticas de sexo seguro, los prestadores y prestadoras de servicios de salud reconocen de forma inmediata el uso del condón masculino; mencionan que recientemente el condón femenino ha ingresado para ser parte de la oferta y hay disponibilidad de ambos métodos, lo cual es una mejora pero hace falta capacitación en el personal sobre su utilización, principalmente, del condón femenino.

El personal de salud considera que hace falta mucho para hacer cumplir esos derechos, puesto que no hay lugares adecuados en los establecimientos que brinden la confidencialidad para dar una adecuada consejería a los diferentes usuarios". Además, los padres (no mencionan madres) y educadores necesitan formación para comprender los derechos sexuales independientemente de la reproducción o de estar en una relación estable, ubican su consentimiento como una barrera para el acceso a la información y a métodos de planificación familiar para adolescentes y jóvenes.

Formas de transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH, según población consultada

- Prácticas inseguras al tener relaciones sexuales (sin condón) y mal utilización de éstos (Zacatecoluca, Olocuilta, El Rosario y Santiago Nonualco).
- Por compartir jeringas infectadas (Zacatecoluca, Olocuilta y Santiago Nonualco).
- De una madre a un hijo (Zacatecoluca).
- Por transfusiones de sangre. (El Rosario y Santiago Nonualco).



El grupo de San Pedro Masahuat considera que “a muchas personas, sobre todo a los hombres, no les gusta asistir a este tipo de charlas, por su machismo”, agregando que en la UCSF, dan charlas del manejo y uso de preservativos e información sobre VIH (PM).

En general, la población conoce las principales vías de transmisión de las ITS y VIH, sin embargo, se mencionan también, el tener más de una pareja, (Zacatecoluca) y por medio de una herida (El Rosario y Santiago Nonualco), como vías de transmisión sexual, lo que denota que hace falta mayor divulgación de información para erradicar estigma y discriminación.

Formas de prevención de ITS y VIH que conoce la población consultada:

- Informarse en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (Zacatecoluca) y charlas de la UCSF (Olocuilta).
- El uso de condón masculino y femenino (Zacatecoluca, Olocuilta, Santiago Nonualco)
- No compartir jeringas (El Rosario).
- La abstinencia (Zacatecoluca, Olocuilta y El Rosario).
- La fidelidad, (Olocuilta, Santiago Nonualco).
- Tener confianza de admitir que se tiene sida, fue la forma en que se expresaron para referirse a una persona con VIH, hicieron énfasis que todo los hombres deben tener precaución. (Santiago Nonualco).
- El grupo de San Pedro Masahuat no enumeró ninguna forma de prevención de las ITS y el VIH.

Con respecto a las formas de prevención, se puede identificar que se reconoce un número importante de ellas, sin embargo, no se identifican prácticas de Sexo Seguro; exceptuando el uso de condón masculino y femenino. Los grupos de San Pedro Masahuat, El Rosario y Santiago Nonualco responden que en su establecimiento de salud no se asesora sobre prácticas del sexo seguro. Afirman que no existen esas capacitaciones en la comunidad por parte del MINSAL, y que no han escuchado de ellas (SN).

En cambio, los grupos de Zacatecoluca y Olocuilta afirman que dan charlas de prevención de embarazos en

adolescentes, del uso del condón, sobre la abstinencia y la planificación familiar (Zc) así como sobre el tratamiento de planificación familiar en diferentes formas, la esterilización segura, femenina o masculina (OI). Esto denota que existe una confusión entre los métodos de PF y las formas de prevención de las ITS, incluido el VIH.

Acceso a servicios de atención a las ITS y VIH sin discriminación con énfasis en personas trabajadoras sexuales y comunidad LGTBI.

En cuanto al trabajo sexual, los y las prestadoras de servicios de salud consideran que se puede mejorar la atención y educación, ya que no se atiende el cien por ciento de personas que ejercen el trabajo sexual. Reconocen avances importantes pues la mayoría de establecimientos de salud tienen identificados grupos de personas trabajadoras del sexo, con los cuales se trabaja en educación continua. El objetivo de la capacitación es empoderarlas sobre sus derechos y conocimientos de las Infecciones de Transmisión Sexual, aunque ellos las nombran como “enfermedades” y cómo protegerse de ellas, destacan también los derechos que poseen como cualquier persona trabajadora. En cuanto al tamizaje, destacan esfuerzos por proveer servicios como toma de PAP y tamizaje de VIH.

Con respecto a la sociedad civil únicamente el grupo de Olocuilta menciona que en su establecimiento de salud no se garantiza el acceso de todas las personas, incluyendo a las y los trabajadores sexuales y comunidad LGBTI a los servicios de atención a las ITS y el VIH, porque existe discriminación en diferentes formas, por ejemplo, falta de: atención, experiencia del personal (profesionalismo) y medicamentos. (OI).

En el caso de Zacatecoluca, El Rosario y Santiago Nonualco consideran que sí existe acceso, ya que a todas las personas las atienden independientemente de su condición (Za); se permite el acceso de las personas sin importar cómo sea cada uno (ER) y siempre y cuando acudan a la UCSF, sí se les garantiza el acceso (Santiago Nonualco). El grupo de San Pedro Masahuat dice desconocer sobre la atención a estos grupos (SPM).

Garantía de la confidencialidad de las personas que viven con VIH

El personal prestador de servicio se muestra con conciencia y responsabilidad de resguardar la información confidencial y se esfuerza para garantizarla; cuando alguien resulta reactivo, el laboratorio informa al médico, director o coordinador y este es el encargado de notificar a las personas y no tienen que colocar marcas o distintivos en el expediente que promuevan el estigma y la discriminación; para el caso; pero no mencionaron la técnica de consejería al momento de comunicar el resultado.

Para el grupo consultado en San Pedro Masahuat, no se respeta la confidencialidad de las personas que viven con VIH en su establecimiento de salud, ya que no protegen los resultados de los exámenes como el de VIH u otras ITS. Por el contrario en Zacatecoluca, Olocuilta y Santiago Nonualco consideran que sí se protege la confidencialidad, porque no divulgan la información. En El Rosario, consideran que no se discrimina a las personas VIH positivas.

Vida libre de estigma y discriminación por VIH

Las acciones sobre prevención y educación parecen ser de poca prioridad para el personal prestador de servicios de salud. En cuanto a la erradicación del estigma y discriminación mencionan que no se ha hecho mucho al respecto y que las barreras son sobre todo culturales, ubicándolas en el consentimiento de padres y madres de familia y educadores. No están de acuerdo en informar a los y las adolescentes, sobre todo entre los 10 y 12 años y que aún no tienen una vida sexualmente activa. Según el personal de salud, padres y madres piensan que no se debe dar información ni servicios a jóvenes y adolescentes hasta que ya tengan una vida sexual activa.

Grupos consultados de Olocuilta y El Rosario piensan que no se garantiza a todas las personas el derecho a la educación dirigida a erradicar el estigma y la discriminación por VIH. En el caso de San Pedro

Masahuat, perciben falta de interés en las personas para conocer cómo mantener y mejorar su SSSR. El grupo de Zacatecoluca considera que sí se garantiza este derecho, y en las comunidades de Santiago Nonualco, promotores brindan charlas sobre estos contenidos.

En el caso particular de El Rosario, informan que se garantiza el derecho a la educación y no se discrimina a las personas viviendo con VIH, esto como resultado de visitas a las escuelas realizadas por organizaciones no gubernamentales, que brindan capacitación, sin embargo, en la UCSF no les han hablado de estos temas.

Prestación de servicios de consejería por personal del MINSAL sobre ITS y VIH

La valoración del personal prestador de servicios de salud es que se han realizado talleres sobre consejería de VIH, pero a muy poco personal. Reconocen que lo ideal es que lo realizara un educador(a) y capacitara a los diferentes recursos humanos, ya que muchas veces el personal de salud desconoce las Normas de atención sobre ITS y que en el día a día no se pone en práctica lo indicado en esos protocolos. Lo anterior aunado a la limitante en la infraestructura que garantice espacios con privacidad.

En Olocuilta y El Rosario se identifican servicios de consejería brindados por personal del MINSAL en UCSF, y en Olocuilta, sobre ITS y VIH (OI y ER). En el caso de Zacatecoluca, solamente se mencionan charlas, sin detallar contenido de las mismas.

En Santiago Nonualco y en San Pedro Masahuat la población no identifica este tipo de servicios; por el contrario, afirman que no les explican nada (SN) o que se dan pocas charlas para la prevención y tratamiento de las ITS en las comunidades, incluso existe la percepción que las UCSF, se enfocan más en las enfermedades como el dengue, Chikungunya y Zica sin priorizar la prevención de ITS y sus causas. En San Pedro Masahuat, la población nombra las ITS como enfermedades venéreas. Por tanto, a pesar que la



consejería es una herramienta de referencia del personal prestador de servicios de salud, resulta ser insuficiente para la necesidad de la población, quienes tampoco la demandan como parte de la oferta del MINSAL.

Detección y tamizaje del VIH

Existe un problema de abastecimiento en cuanto a las pruebas de VIH en la zona, ya que no todo el tiempo se cuenta con insumos para las pruebas. En el período de agosto a septiembre de 2015 hubo desabastecimiento de tiras reactivas incluso para las embarazadas, esto ocurre también a nivel nacional. Por otra parte, este es el segundo año que por falta de reactivos ya no se realiza la jornada de toma de pruebas en junio y en diciembre de cada año en conmemoración del Día Nacional de Prueba del VIH y el Día Internacional de Respuesta al VIH.

Al consultar a la Dirección del Primer Nivel de Atención sobre las acciones de prevención del VIH, especialmente las enmarcadas en la conmemoración del Día Internacional de la Acción contra el Sida, que se realiza el 1 de diciembre, se informó que existe una campaña permanente de prevención, lo mismo que ocurre con la prueba de detección de VIH, siempre y cuando existan reactivos y “hagan todo bien”, es una acción regular. De esta forma, las unidades comunitarias ya saben que el 1 de diciembre, por ejemplo, el énfasis es el VIH, así como en octubre es el cáncer de mama.

La población de San Pedro Masahuat y Olocuilta considera que no se está promoviendo la realización de pruebas de detección del VIH, o si se realizan, no les dan publicidad, ya que la población las desconoce.

En El Rosario, las promotoras avisan a la población [promueven] para realizarse la prueba de VIH. También en El Rosario, Santiago Nonualco y Zacatecoluca afirmaron que se realizan pruebas. En dichos municipios se resalta que las pruebas son accesibles (ER); a las y los jóvenes se les brinda charlas, condones masculinos y femeninos (SN) y el conmemoración del uno de diciembre de 2015, se llevó a cabo una carrera en Zacatecoluca, actividad en la cual hicieron pruebas

de detección del VIH y brindaron condones masculinos y femeninos.

Abastecimiento de condones de forma gratuita y sin restricciones

El personal prestador de servicios de salud menciona que en todos los establecimientos hay disponibilidad de métodos de barrera la mayor parte del tiempo, en raras ocasiones hay desabastecimiento y destacan como avance la distribución del condón femenino. En San Pedro Masahuat, “los productos [condones] que entregan parecieran de dudosa calidad (...) según el método del que estén surtidas las unidades, así es como los brindan, no hay constancia ni estándar de calidad en los productos para SSSR y anticoncepción que entregan a la población”. En El Rosario, desconocen si se los niegan a adolescentes (ER).

Tanto en Olocuilta como en Zacatecoluca y Santiago Nonualco, afirman que sí se provee de condones. Sin embargo, el grupo de Zacatecoluca señala que se proporciona a todas las personas, excepto a niñas, niños y adolescentes (personas menores de 19 años) y en Santiago Nonualco a todas las personas de mayores de 15 años (SN).

Grupos de apoyo para personas que viven con VIH y sus familiares

A nivel de Unidades Comunitarias de Salud Familiar, se desconoce la existencia de una estrategia de grupos de apoyo para personas con VIH y sus familias. No se realiza este tipo de referencia por esta razón, incluso desconocen si existe este servicio a nivel departamental. Informan que la atención para personas diagnosticadas con VIH son referidas a la clínica TAR en el Hospital Nacional Santa Teresa o donde él o ella lo decidan (en caso de querer ser atendidas en San Salvador) y ahí brindan las atenciones necesarias.

Existe cuidado para proteger la confidencialidad de las personas que viven con VIH y mencionan que a los familiares de pacientes con VIH no se les informa sobre la condición de salud de la persona usuaria, a

menos que él o ella así lo decidan. Cabe destacar que en algunas frases sistematizadas en este mapeo, el personal se refiere al VIH como “padecimiento”.

Atención a riesgos laborales ante exposición al VIH

En términos de conocimiento al riesgo de contraer VIH por un accidente laboral, el personal prestador de servicios de salud conoce el protocolo para este tipo de casos en aspectos generales; sabe que la forma de actuar es referencia inmediata a la clínica TAR más cercana, para evaluación por infectólogo, en las primeras cuatro horas posteriores al accidente, toma de muestra al personal que tuvo el accidente, inicio de administración de Retrovirales y toma de prueba cada 6 meses.

Balance sobre criterios de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC)

La disponibilidad se ha mejorado a través de la ampliación de la oferta de servicios, con la implementación de los ECOS Familiares, la apertura de la clínica TAR y la clínica VICITS en Zacatecoluca, sin embargo, es necesario reforzar la estrategia educativa.

Con respecto a la accesibilidad, una fortaleza son los acercamientos comunitarios, con mucha resiliencia a los riesgos causados por violencia en el contexto de pandillas. El acceso para algunas comunidades implica un amplio margen de tiempo en el desplazamiento, como apunta el personal destacado en San Pedro Masahuat, por lo que no alcanza el tiempo para brindar servicios de buena calidad. En este mismo municipio, no se cuenta con ambulancia.

En relación a la aceptabilidad, reconocen el compromiso de no juzgar conductas como por ejemplo el ejercicio de la sexualidad de las adolescentes y brindar atención a las personas LGBTI, refiriéndose a esta población, como “diversidad de género”.

Con respecto a la calidad, se realizan acciones de educación continua para la retroalimentación en temas de prevención de ITS y VIH, con el objetivo que las

diversas disciplinas tengan los conocimientos básicos, así mismo, el fomento de talleres en las escuelas, de acuerdo a la edad de los diferentes grupos.

COMPONENTE 3: Educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos.

Mortalidad materna en los municipios y acciones para prevenirla.

El personal de salud acota las causas que deben atenderse para prevenir las muertes maternas, entre ellas: falta de información y orientación a adolescentes y niñez, esto no se ha hecho de manera integral y adecuada; no detección oportuna de embarazos. En consecuencia, se tiene que algunas de las principales dificultades son: que algunas mujeres, sobre todo si se trata de adolescentes y también si sus parejas son pandilleros, suelen ocultar el embarazo; mujeres con múltiples embarazos anteriores y partos con espacios muy cortos entre un embarazo y otro; mujeres en situación de pobreza extrema que no les permite una adecuada alimentación; difícil accesibilidad geográfica a centros de salud; violencia intrafamiliar y mujeres que asisten con sus parejas a iglesias que no les permiten el uso de anticonceptivos y asistencia médica. Es importante mencionar que entre las causas de mortalidad materna identificadas, se incluye la condición de “madres solteras”.

Para prevenir la mortalidad materna valoran que se debe continuar con la promoción de la salud a nivel familiar, comunitario, local, institucional, mayor participación de actores sociales, escuelas, iglesias, otras instituciones de salud, que exista una aplicación eficaz de las leyes a fin de que la población sea responsable del cuidado de su salud.

Según la Dirección del Primer Nivel de Atención, el MINSAL ha incrementado la detección de cáncer cérvico-uterino y de mama, no solamente en las unidades notificadoras (que es el número de establecimientos que se ha ampliado), sino también a través de



otros servicios, por ejemplo, mamografía. También contribuye a este incremento, la labor que se realiza desde los módulos de Salud Sexual y Reproductiva de Ciudad Mujer, atendidos por personal del MINSAL y por medio de ellos se realiza tamizaje. Todas las sedes de Ciudad Mujer cuentan con mamógrafo, a pesar que casi no hay lugares públicos que brinden el servicio de mamografía, agregando que se crearán tres sedes más y por tanto se ampliará la cobertura.

Según la Coordinación de la Unidad de Atención Adolescente, de las 1.4 millones de personas de esta edad, el Ministerio de Salud atiende alrededor de 27,000 adolescentes embarazadas cada año, al subdividir este grupo por rangos de edades, se observa una reducción en el número de embarazos del grupo etario entre los 15 y 19 años, lo cual significa que existe acceso a métodos anticonceptivos o que tienen autodeterminación o asertividad para decir “no quiero tener relaciones sexuales”, sin embargo, hay un grupo en el que, por el contrario, se observa un crecimiento en el número de embarazos, que es en el de 10 a 14 años. Es preocupante, porque según el Código Penal salvadoreño, se trata de embarazos producto de violaciones. Para el año 2009 no sobrepasaba los 800 casos, mientras que para el año 2015 se registran 1,542 niñas y adolescentes de 10 a 14 años atendidas a causa del embarazo.

La misma Coordinación informa que a nivel mundial, las mujeres fallecen por hipertensión, por sangrados o por infecciones; sin embargo, en El Salvador, la principal causa de muerte materna en adolescentes, son los suicidios. Por tanto, la violencia está asociada directamente a la Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes. La violencia sexual está produciendo embarazos en esta población, y la violencia de género (reproducida en las casas) también está afectando su salud mental.

El Director Regional de Salud de la Zona Paracentral considera que no hay una causa predominante de la mortalidad asociada a la Salud Sexual y Salud Reproductiva; sin embargo, en el perfil epidemiológico se registran causas, aunque no primordiales, como el cáncer de mama y el de cérvix, a pesar de ser prevenibles en sus etapas tempranas, cuando se detectan a tiempo¹⁷.

Al consultar a la población sobre la prevención de las muertes de mujeres por causas asociadas a embarazos, únicamente identifican los controles prenatales; por ejemplo, en la UCSF brindan charlas a las mujeres desde el inicio del embarazo, explican los riesgos y lo que se debe hacer en ciertos casos. (ER) y se imparten charlas en la UCSF sobre higiene (OI). En los cantones que cuentan con promotores, éstos acercan el servicio de control de embarazo (SN), pero en el Cantón Santa Teresa de Santiago Nonualco afirman que existen pocos recursos en las clínicas y hospitales; las adolescentes embarazadas son quienes corren más riesgo y agregan que “la atención es tardía y muchas veces el trato no es adecuado” (OI).

Asesoramiento sobre el proceso del embarazo y parto, independientemente de la edad de la mujer.

En Zacatecoluca se afirma que se dan charlas sobre el proceso de embarazo a todas las mujeres, pero solo en los establecimientos de salud.

En Olocuilta, se brinda asesoría a las embarazadas, pero no de acuerdo a la edad de las personas (OI). La población no reconoce servicios de asesoramiento a las mujeres embarazadas sobre el proceso del embarazo y parto.

¹⁷ Entrevista a Dr. Renzo Castillo. Director Regional de Salud Zona Paracentral. Ministerio de salud.

Tratamiento a mujeres cuando está en peligro su salud o su vida por causa del embarazo.

Con respecto de la atención a embarazadas, una de las prioridades en el primer nivel de atención, es brindar control prenatal en la UCSF y a nivel comunitario, exámenes de laboratorio, ultrasonografía, perfil completo, vacunación, control odontológico, atención psicológica, consejería sobre signos de alarma, riesgos durante el embarazo, consejería a la embarazada y la familia. El personal promotor de salud realiza una labor importante para acercar los servicios a las embarazadas y en la detección de signos de alerta. En el primer nivel, a toda embarazada se entrega micronutrientes (hierro, ácido fólico) y cuando es necesario antibióticos (amoxicilina, Nitrofurantoína) y Acetaminofén.

En los casos de atención de los abortos y riesgos de muerte materna, se informa tanto desde la Dirección Regional de Salud de la Zona Paracentral como en el ámbito local, que es un tratamiento puramente hospitalario. Esto se hace en los 6 hospitales de la región paracentral, cualquiera de estos tienen capacidad para brindar el respectivo tratamiento. En el ámbito local, también brindan seguimiento de PF para prevenir un siguiente embarazo.

Al consultar en el ámbito local sobre las acciones que realizan para garantizar el acceso a servicios de salud materna en sectores con alta tasa de mortalidad materna como niñas, adolescentes, población en condición de pobreza, mujeres indígenas, trabajadoras inmigrantes, mujeres rurales, las personas prestadoras de servicios de salud consideran que “No se puede garantizar una atención en salud de calidad porque no se tienen los recursos humanos suficientes e insumos médicos”. También expresaron preocupación por la situación de seguridad que se vive en los municipios porque les impide contacto geográfico con las usuarias; en muchas ocasiones solo logran la promoción en salud.

En todos los municipios, el MINSAL brinda atención prenatal a todas las mujeres por igual, independientemente de la edad (SPM). Sin embargo, en algunos cantones de San Pedro Masahuat, los servicios

en Salud Sexual y Reproductiva están distanciados; y en Santiago Nonualco, las embarazadas se ven obligadas a asistir al Hospital de Zacatecoluca, ya que en la UCSF no dan consulta todos los días y no atienden emergencias.

En cuanto a los servicios de salud materna para población con alta tasa de mortalidad materna, únicamente en Zacatecoluca se da prioridad a adolescentes, aunque cuestionan la calidad de la atención.

Aparentemente, las mujeres que viven en zonas rurales y en mayor condición de pobreza se enfrentan a obstáculos relacionados con el acceso geográfico a los servicios. En este sentido, los partos no pueden atenderse en su municipio por lo que son trasladadas al Hospital Nacional de Zacatecoluca o a otros del sistema. Algunos casos son atendidos por parteras de la zona” (OI). En Santiago Nonualco “la UCSF no les queda cerca, sino a 30 minutos en pick up y el Hospital de Zacatecoluca les queda más lejos aún” (SN).

Capacitación a personal sobre salud materna

El grupo de prestadores y prestadoras de servicios, han asistido a capacitaciones sobre cómo brindar consejería sobre la salud en la familia.

Violencia obstétrica

En cuanto a la calidez en la atención de embarazadas durante el control prenatal y el parto, para tres grupos consultados existe maltrato de parte del personal de enfermería del Hospital Nacional de Zacatecoluca, ya que las embarazadas reciben palabras “inadecuadas y pesadas” que las afectan psicológicamente (Za); les prestan poca atención o las ignoran; usan frases irrespetuosas cuando las adolescentes son examinadas y se muestran tímidas o reacias como: “Cuando estás con el hombre más le echas la pierna, hacele huevos” SN.

Los grupos consultados en San Pedro Masahuat y El Rosario, no conocen ningún caso de maltrato en la UCSF por parte del personal e incluso afirman que a las embarazadas se les da prioridad. (ER).



Se pudo detectar una percepción de parte de la población que la atención es poco cálida, sin embargo, las personas prestadoras de salud valoran que su trato es adecuado, por lo tanto es necesario analizar, si dicho recurso requiere fortalecerse más en principios éticos para lograr reflejar empatía con las usuarias y la atención con calidez.

Dos de los grupos de sociedad civil de Santiago Nonualco y San Pedro Masahuat desconocen las instituciones o instancias donde pueden denunciar este tipo de casos de violencia ejercida contra las mujeres durante el embarazo y parto por prestadores o prestadoras de servicios de salud.

En dos municipios se mencionan instituciones externas al MINSAL, entre ellas: el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer ISDEMU; la Municipalidad (Zacatecoluca); la Policía Nacional Civil y ORMUSA (El Rosario).

En Zacatecoluca desconocen si existe alguna ventanilla de atención en los establecimientos de salud del MINSAL, no obstante, tienen la percepción que cuando tratan de denunciarlo frente al personal, no prestan atención porque no les conviene.

Solamente el grupo de sociedad civil de Olocuilta mencionó al director supervisor o encargado del establecimiento de salud, sin embargo también perciben que “[...] cuando se dan estas situaciones, nadie se hace cargo de las denuncias y al final no prosperan” (Olocuilta).

Se detectó que una parte de la población por un lado, desconoce las instancias donde acudir para acceder a justicia, y por otra, existe una fuerte percepción de impunidad de parte del personal y las autoridades de salud.

Programas de asesoramiento a las madres por primera vez, con énfasis en adolescentes.

En el primer nivel de atención expresaron que se tienen programas educativos y de atención pre concepcional a mujeres y adolescentes para que ellas conozcan las diferentes formas de autocuidado de su salud. Hay un énfasis fuerte en prevenir el segundo embarazo.

En tres de los Municipios la población (San Pedro Masahuat; Santiago Nonualco y Zacatecoluca), desconocen la existencia de programas de asesoramiento a las madres primerizas (con énfasis en adolescentes) en los establecimientos de salud. A diferencia de Olocuilta, se asesora en cuanto a la higiene, cuidado físico, alimentación y baño; control de vacunación y control de planificación a elección (OI), y se dan charlas y folletos informativos a las embarazadas, con prioridad en las adolescentes (ER).

Como avance podemos destacar que la estrategia de prevención del segundo embarazo se desarrolla con recursos propios desde el MINSAL, con respecto al primer embarazo existen varios modelos de prevención pero que actualmente no se aplican por carecer de financiamiento. El reto es adaptar estas estrategias para evitar el embarazo adolescente.

Según el Plan Estratégico 2014 - 2019 del MINSAL¹⁸; la mortalidad materna presenta una importante reducción pasando de 110 X 100,000 n.v. en 1990 (línea de base de los ODM), a 71.2 X 100,000 n.v. en 2005 (línea de base mortalidad materna en El Salvador/ método RAMOS. Junio 2005-mayo 2006), a 52.6 x 100,000 n.v. en el 2014. Además, el 65% de las muertes maternas ocurridas en 2014, se concentró en el grupo de mujeres de 15 a 29 años; y el 70% de los casos se clasificaron como prevenibles durante las auditorías. El 85% fueron clasificadas como demora 3, es decir, que las deficiencias en el manejo fueron hospitalarias.

¹⁸ PLAN ESTRATÉGICO 2014 - 2019, Ministerio de Salud, San Salvador, tomado de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/Plan_Estrategico_Institucional_en_Salud_PEI_2014-2019.pdf

Efectivamente, la demora 3 consiste en demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución (OMS/UNFPA). El MINSAL asume como meta estratégica, para el quinquenio lograr una razón de mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos.

El Plan Estratégico señala que las muertes maternas son más frecuentes en mujeres del área rural y están relacionadas con hipertensión asociada al embarazo, hemorragia post parto y sepsis. También ocurren por causas indirectas tales como las lesiones autoinfligidas (auto envenenamientos), cardiopatías y diabetes.

Se cuenta con las siguientes normas de procedimientos para la atención de mujeres:

- Lineamientos técnico operativos para la estrategia de plan de parto
- Guía clínica de ginecología y obstetricia
- Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período pre concepcional, parto, puerperio y al recién nacido
- Guía técnica de atención en Planificación Familiar
- Guía clínica de la profilaxis post exposición
- Política de salud sexual y reproductiva
- Reglamento de maternidad segura
- Plan estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna, peri natal y neonatal.

Balance sobre Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC)

La disponibilidad en este componente está afectada por la necesidad de ampliación de infraestructura; recursos humanos (médicos, enfermeras, promotores de salud, etc.); transporte de ambulancia con insumos médicos y equipos de acuerdo a la población que se atiende.

Se percibe que los servicios no son accesibles a la población en condición de mayor vulnerabilidad, debido a que estos están ubicados en zonas de alto riesgo delincriminal; con difícil acceso geográfico, ya que los establecimientos de salud se construyen generalmente sin considerar la demanda de la población. Otro obstáculo para garantizar el acceso

es el contexto de pandillas, puesto que, aun contando con equipos móviles, hay zonas a las que no es posible llegar.

La característica de aceptabilidad es valorada como positiva por el personal de salud, al considerar que se respeta la decisión de las mujeres, sin embargo, la población discrepa de esta opinión, en todos los municipios, principalmente por el trato poco cálido que se brinda.

La calidad no se garantiza al cien por ciento, debido a la necesidad de más ECOS, puesto que esto limita que los servicios se brinden con el suficiente tiempo de atención y se requiere de equipamiento suficiente para brindar el servicio.

COMPONENTE 4: Acceso a información y servicios en Salud Sexual y Salud Reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción.

La oferta de información y servicios sobre SSSR se ejecuta a través la siguiente estructura:

El **Primer Nivel de Atención**, está compuesto por todas las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (Antes de la Reforma de Salud denominadas Unidades de Salud); estas son de tres tipos:

- **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica (UCSF Básica):** es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud, cuya oferta es: promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como procedimientos de: pequeña cirugía, inyecciones, curaciones y vacunación, entre otros.
- **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSF Intermedia):** es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares o donde se proveen servicios integrales de salud y algunos servicios de apoyo, cuya oferta incluye los prestados en UCSF Básica y además odontología, y/o laboratorio clínico, saneamiento ambiental, entre otras.



- **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada (UCSF Especializada):** es la infraestructura técnica y administrativa, sede de los Ecos Familiares y Especializados, que proporcionan servicios integrales de salud básicos, especializados y servicios de apoyo, cuya oferta de servicios incluye los prestados por las UCSF Básica e Intermedia, más las consultas y atenciones especializadas de medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, así como nutrición, fisioterapia, psicología, entre otros.¹⁹

En el caso de las Unidades Comunitarias de Salud Básicas cuentan con 7 recursos: dos enfermeras, un médico(a), tres promotores(a) y un polivalente (Dirección de primer nivel de atención²⁰).

Las intermedias tienen mayor cantidad de recursos y en algunos tienen otros servicios como odontología, laboratorio clínico, psicólogos (as) o algún tipo de especialidad, puede ser cualquier tipo de especialidad cómo saneamiento básico también, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializada, tienen las especialidades básicas, ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna. Aparte de psicología, nutrición, fisioterapia, odontología, etc.

Hay 39 UCSF Especializadas a nivel nacional. En total son 747 unidades comunitarias de salud familiar, de 377 que había en 2009, esto es un significativo avance en la cobertura de servicios de salud. La responsabilidad de esta instancia es satisfacer la demanda en salud integral de toda la población. (Dirección de primer nivel de atención).

En cuanto a la prevención y atención que se realiza desde el primer nivel de atención, el recurso humano garante de la salud integral es el Equipo Comunitario de salud, entendiendo: el médico o médica, las enfermeras y enfermeros y las promotoras o promotores. Dicho

personal debe tener claridad sobre los lineamientos para la implementación de las atenciones en todos los componentes de la SSSR.

Con respecto a la formación para implementar la reforma en el primer nivel se valora que en los procesos formativos es un reto alcanzar al total del recurso humano, por lo que se usa un método de cascada para difundir los conocimientos y se tiene práctica de elaboración de lineamientos, sin embargo el reto de la implementación de estos es en su mayoría de tipo actitudinal y no de conocimiento. Como ejemplo de ello algunos prestadores se niegan a atender cuando su horario de trabajo ya ha terminado, se procura sensibilizar en que los servicios deben tener esa calidez humana pero si las deficiencias en la atención existen se refleja en las evaluaciones de personal.

En la dirección de la zona paracentral se atienden todos los componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva, se hace mención de los siguientes:

- **Planificación familiar:** hace énfasis en prevención de embarazo adolescente, y en la oferta de anticonceptivos para mujeres, sean estos temporales o definitivos.
- **Prevención de Violencia basada en Género,** se detallan servicios en componente siete.
- **Prevención de VIH:** la estrategia es educar a la población desde temprana edad, en cualquier actividad, en el mismo establecimiento, en acciones fuera del establecimiento, sobre el uso correcto y consistente del condón. Afirman que “en algunas zonas de la región paracentral hay iglesias bastante conservadoras, que [afirman que] planificar es pecado y que hay que tener los hijos que Dios quiera”.

¹⁹ El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención “Manual de Organización y Funcionamiento” 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A. http://www.hospitalsanrafael.salud.gob.sv/archivos/pdf/Manual_De_Organizacion_Y_Funciones_De_Las_RIISS.pdf

²⁰ Entrevista a Dra. Jeannette Alvarado. Directora del Primer Nivel de Atención. Ministerio de salud.

- **Prevención y atención de cáncer en el tracto reproductivo:** En esta se contempla: Toma de la citología, Educación sobre cómo realizar el examen de mama, Programa especial de detección del virus del papiloma humano, siendo la región paracentral la única del país que lo está ejecutando, por medio del cual, han tamizado a 20,000 mujeres. El primer nivel de atención hace la toma de muestra que se traslada a un laboratorio regional para su análisis y para el tratamiento se refiere a nivel hospitalario.

Según el director regional existe una línea estratégica de Prevención de violencia en todas sus formas, próximamente se capacitará a personal en Zacatecoluca para ejecutarlo en la zona²¹.

Asesoría sobre la decisión de tener hijos/hijas o no, cuándo tenerlos y el espaciamiento entre ellos.

La única estrategia que mencionaron los prestadores y prestadores de servicios de salud es la consejería preconcepcional a la pareja, con la limitante que las personas deben acudir al establecimiento de salud. Las condiciones de protocolos y capacitación a personal sobre anticoncepción son suficientes, pero la desinformación sobre los métodos es persistente en la población. Como prácticas de sexo más seguro los prestadores de servicios reconocen la distribución de condones masculinos y femeninos; además mencionan acciones de prevención como: el servicio de consejería, las charlas sobre métodos de planificación familiar e ITS con ayudas audiovisuales y la visita domiciliar realizada por promotores y promotoras de salud. Mencionan que existe el derecho de tener intimidad con una pareja y que se provee información en los hogares pero existen barreras como iglesias católicas y evangélicas que difunden mitos y prejuicios con respecto a este derecho.

Únicamente la población de sociedad civil local respondió que en su establecimiento de salud asesoran a todas las personas para decidir si tener hijas, hijos o no y cuándo tenerlos, pero agregan que por motivos

religiosos muchas personas no aceptan métodos anticonceptivos (SPM).

En los municipios de Zacatecoluca, Olocuilta, El Rosario y Santiago Nonualco afirman que no se brinda asesoría para decidir si tener hijos, hijas o no y cuándo tenerlos, explican que la mayoría de jóvenes no consultan para tener hijos/hijas o no (Za); esta asesoría tampoco se brinda a personas adultas o adolescentes; o en las comunidades, a pesar de contar con tecnología avanzada (OI).

Se observa que se cuenta con personal capacitado y dispuesto para esta asesoría, pero el impacto en la población no es suficiente pues no conoce este servicio en la mayoría de municipios, especialmente cuando es la primera vez que se toma la decisión.

Oferta de métodos anticonceptivos

Los prestadores de servicios de salud aseguran que las mujeres reciben información para garantizar su consentimiento libre y consciente a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización, a través de consejería personalizada sobre los diferentes métodos de planificación familiar.

El MINSAL generalmente ofrece en el ámbito local: condones de látex, femeninos y masculinos, inyectables de un mes y tres meses (DepoProvera, Microgynon), Orales (Microgynon), DIU, Esterilización y vasectomía a nivel hospitalario. Para adolescentes, la oferta es la inyección mensual y condones.

Prestadores de servicios de salud expresan que existe desabastecimiento de métodos de planificación familiar en algunos lugares con más gravedad que en otros, por ejemplo en San Pedro Masahuat mencionan que desde hace varios meses, no hay Norigynon y Noristerat, estas son inyecciones de un mes y dos meses.

Los promotores(as) de salud expresan que solo ofrecen condones, microgynon e inyección trimestral, sin importar la edad; piensan que el desabastecimiento es

²¹ Entrevista a Dr. Renzo Castillo. Director Regional de Salud Zona Paracentral. Ministerio de salud.

una importante causa del embarazo adolescente, ya que al no estar disponible la oferta de inyección mensual y bimensual, esta población no usa anticonceptivos.

Entre la lista de métodos anticonceptivos que ofrece el establecimiento de salud a la población local, mencionaron: pastillas (Zacatecoluca, Olocuilta) e inyecciones (Zacatecoluca, Olocuilta) el Dispositivo Intrauterino (DIU) o aparato (Olocuilta); el preservativo o condón (Olocuilta y El Rosario, Santiago Nonualco). Sin embargo el grupo de sociedad civil consultado en Olocuilta conoce los métodos, pero no porque sean proporcionados por la UCSF sino por organizaciones de la sociedad civil.

Uso de Anticoncepción Oral de Emergencia

Con respecto a la Anticoncepción Oral de Emergencia, los prestadores de servicios de salud reconocen dos situaciones de riesgo que requieren de este servicio: por violación sexual y cuando se tienen relaciones sexuales desprotegidas, no así ante la falla de un método como el condón u olvido de la píldora. Como indicación de uso reconocen que debe usarse en las primeras 72 horas, haciendo énfasis en tener más éxito si se realiza en las primeras 24 horas. Mencionan que la población desconoce sobre el método de emergencia y ubican esta condición como una barrera en el acceso, pero no detallan si hacen acciones para divulgar el método de emergencia.

Únicamente las personas jóvenes organizadas de San Pedro Masahuat identificaron el método de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) y los casos en que debe usarse. En los municipios restantes afirman que nunca han escuchado de la AOE y en el caso de El Rosario, existe un desinformación, pues creen que es un anticonceptivo regular que se usa cada vez que se tiene relaciones con la pareja.

Consentimiento informado sobre Planificación Familiar
Los prestadores de servicios de salud ofrecen información y métodos de PF con base a la necesidad y características de quien solicita, pero a la hora de dar la información ofrecen el método que hay en existencia en cada establecimiento.

Las personas de la sociedad civil en Zacatecoluca consideran que el establecimiento de salud emite información completa y necesaria para garantizar el consentimiento libre y consciente a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización, porque “les preguntan”. (Zacatecoluca). El grupo de San Pedro Masahuat afirma que les dan información sobre prevención de ITS y cómo usar anticonceptivos (SPM). El grupo consultado en Santiago Nonualco afirma que en el Hospital el personal de salud brinda información sobre esterilización, a fin de garantizar el consentimiento libre y consciente de las personas (SN). El grupo de Olocuilta y El Rosario desconocen sobre este consentimiento.

¿Se exige consentimiento de terceros para acceder a servicios de SSSR?

Con respecto al consentimiento de terceros, los prestadores de servicios de salud mencionaron dos poblaciones: mujeres y adolescentes. Con respecto a las mujeres, no se solicita porque ellas se acercan de forma directa al establecimiento de salud expresando su interés en los servicios de Planificación Familiar y en ese momento se activa el servicio. Con respecto a las adolescentes expresan que su papel consiste en proteger la confidencialidad a la hora de solicitar los servicios y procuran que sea discreto, pues los padres y madres de las adolescentes suponen que no tienen vida sexual activa; expresan que también las adolescentes desean que sus amigas no se enteren que hacen uso de servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Con respecto a la sociedad civil, expresa que en su establecimiento de salud nunca han escuchado hablar de eso; y lo que saben es por medio de charlas que brindaron en la escuela.

Confidencialidad en los servicios de PF incluyendo adolescentes, mujeres bajo presión de religión o violencia, así como personas en contexto de pandillas. Los prestadores de servicios de salud enuncian que todo servidor de salud está obligado por ley a proteger la confidencialidad de la persona usuaria ya que es su derecho. En Zacatecoluca, El Rosario y

Santiago Nonualco, se percibe que se garantiza la confidencialidad de la información de las personas que hacen uso del servicio. En cambio, en San Pedro Masahuat y Olocuilta, las personas consultadas afirman que no se garantiza dicha confidencialidad.

Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva libres de discriminación

La dirección del primer nivel de atención menciona que el trato equitativo de la población, se contempla en la Reforma del Sistema de Salud, ya que esta tiene un enfoque de derecho a la salud, y dentro de este, el derecho a la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Sin embargo, existen retos para su ejecución dado que no todo el personal está debidamente capacitado, este ha sido un proceso que ha ido paralelo a la reforma pero que incide en la forma en cómo los recursos humanos atienden a la población, el objetivo es que no exista ningún tipo de discriminación, ni por orientación sexual, ni por su identidad y sexo.

Hay esfuerzos priorizados que han tenido más avance como es el caso de la atención a las ITS y el VIH que ha tenido inversiones específicas para acomodar espacio, para brindar mejores condiciones de atención, pero por limitantes del presupuesto no se puede hacer en todos los establecimientos. Quienes prestan los servicios, expresan que no hay diferencia para brindar atención y consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva ya que se brinda atención por igual y personalizada a veces grupal e individual.

Para la sociedad civil local, se ejerce discriminación con los jóvenes que preguntan sobre el embarazo (El Rosario). En Zacatecoluca mencionaron que las personas con VIH deben tener su propio centro de salud para prevención de los demás. En Olocuilta no conocen de ningún tipo de discriminación en la UCSF. Sin embargo, perciben discriminación cuando les niegan el servicio en una clínica que no está en su zona geográfica. En San Pedro Masahuat, piensan que se brinda información adecuada para prevenir embarazos e ITS a todas las personas y por ello, hay menos índice de embarazo y

personas con ITS. En Santiago Nonualco, aseguran que no han visto situaciones de discriminación.

Las personas prestadoras de servicios de salud no pudieron nombrar el lineamiento específico para la población LGBTI, sin embargo reconocieron su existencia mencionando que estos les indica dar atención de calidad y calidez e hicieron énfasis en el resguardo de la confidencialidad en los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva; también resaltaron que los servicios se deben caracterizar por mantener el respeto y que deben darse sin discriminación, “se deben llamar las cosas por su nombre”.

¿Cómo se garantiza a todas las personas viviendo en contexto de pandillas, el acceso a servicios integrales de Salud Sexual y Salud Reproductiva?

El contexto de pandillas es una preocupación importante para los prestadores de servicios de salud, lo ubican como un riesgo laboral principalmente y también como una barrera en el acceso por las disputas de territorio. Algunas veces, encuentran barreras para proporcionar los servicios por reglamentos internos de las pandillas y por la disputa de territorios. También, las personas se abstienen de buscar los servicios.

Consideran que la estrategia de descentralización mediante las y los promotores, es exitosa para hacer llegar los servicios en las comunidades. Cuando los solicitan, se trata de aprovechar para brindar información y servicios a través de la atención personalizada. Manifiestan que algunas veces por amenazas de la pareja, las mujeres solicitan servicios a escondidas o cuando logra tener contacto con el establecimiento de salud.

Referencia a servicios de SSSR

Con respecto a la existencia de protocolos de actuación interinstitucional para referencia y contra-referencia en cuanto a la Salud Sexual y Salud Reproductiva limitaron su respuesta a la existencia de libros y de lineamientos.



Balance sobre criterios de Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC)

Disponibilidad: Existe la valoración que se brinda atención y orientación a la población acerca de sus derechos, además de los métodos de PF que como institución se ofrecen.

Accesibilidad: Consideran que hay acceso, dado que en todos los establecimientos y comunidad donde existen promotores de salud- ecos familiares, garantizan los servicios a la población.

Aceptabilidad: Consideran que existen barreras religiosas, sociales y de las pandillas.

Calidad: Consideran que se aplica un conocimiento técnico científico aplicado por medio de lineamientos, protocolos y normas.

Barreras y limitantes destacadas por la sociedad civil organizada en el ámbito nacional

Al respecto del acceso a los servicios de SSSR y anticoncepción, la Sociedad Civil Organizada, consultada en el ámbito nacional, identifica las siguientes barreras:

- El período de espera desde la demanda hasta el cumplimiento es demasiado extenso;
- Hay un énfasis fuerte en lo reproductivo y esta responsabilidad es trasladada a las mujeres;
- Existe necesidad de preparación del personal técnico para garantizar atención con enfoque humano y calidez;
- Existe desabastecimiento de medicamentos en los centros de salud que impacta a la población de más escasos recursos, pues no pueden cubrir en la oferta privada la necesidad de medicamentos;
- Falta de conocimiento sobre los anticonceptivos de emergencia y limitada accesibilidad a estos;
- El Ministerio de Educación y Salud no brindan un servicio de calidad y oportuno a la persona usuaria.

- El equipo de salud está saturado con los diferentes programas, ya que atienden adolescentes, niñez, mujeres, agua, saneamiento; y por tanto, la demanda integral de servicios de salud les imposibilita dar un abordaje especializado.

Identifican desconocimiento para el abordaje y atención especializada de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, como trabajadoras sexuales, hombres y mujeres trans, población adolescente y jóvenes. Si bien existen importantes esfuerzos a la hora de tratar a hombres trans, desconocen su realidad y demanda; no existe oferta para satisfacer sus necesidades, por ejemplo, no hay insumos para procesos gratuitos, especializados y tratamientos para cambiar de sexo, hormonización, mastectomías. Comentan que esta población siente como agresión que se refieran con otro género a ellos o ellas. Cabe destacar que esta demanda no ha sido visible por ningún otro grupo de consulta ni entrevista. Con respecto al trabajo sexual mencionan que la atención se limita a ITS y VIH, cuando debería de ser la salud integral. Se invisibiliza la prevención y atención al cáncer de mama.

Es contradictorio que en algunos establecimientos se capacita sobre el uso de condón pero luego se niega su acceso a adolescentes. Expresaron que PLAN INTERNACIONAL, tuvo un hallazgo con respecto a los prestadores de SSSR donde se demuestra que sí conocen los lineamientos y protocolos, pero no los llevan a la práctica, muchas veces por confusiones del personal, saturación de labores y por falta de recursos para implementarlos.

Por otra parte, ubican barreras de tipo cultural en la población, lo cual lleva, incluso a personas informadas, a realizar o someterse a prácticas patriarcales en el ejercicio de su sexualidad y reproducción, sin asumir de forma responsable el cuidado de su cuerpo y la demanda de servicios en SSSR.

Señalan que en los prestadores de servicios de salud están presentes prejuicios que los llevan a negar servicios a poblaciones disidentes de la norma patriarcal como por ejemplo personas con más de una pareja, trabajadoras sexuales, entre otras.

El acceso a la salud de las mujeres rurales es limitado. En esta área existe poca atención y a veces nula promoción de citología y otros métodos para la detección y prevención cáncer cérvico uterino y de mama.

Otra población con poco acceso son las personas con discapacidad, pues los hospitales y Unidades de Salud no tienen condiciones de acceso, ni personal capacitado o sensibilizado en ésta área.

Con respecto al presupuesto, valoran que el rubro más grande va a lo administrativo y no a lo operativo, citan como ejemplo que el desarrollo de campañas son en su mayoría financiadas por cooperación extranjera, lo que las hace insostenibles en el tiempo cuando los proyectos terminan y el Ministerio no las adopta.

En relación al acceso geográfico a los centros de salud, mencionan entre las limitantes, las carencias de transporte y el control territorial de las pandillas, ya que las personas que no pertenecen a la localidad queda imposibilitadas de acceder a los servicios.

COMPONENTE 5: Atención especializada en Salud Sexual y Salud Reproductiva para jóvenes y adolescentes

Oferta de MINSAL en cuanto a servicios para adolescentes y jóvenes.

En el MINSAL se cuenta con un Programa de atención a Adolescentes. En tres de los cinco municipios priorizados por el Mapeo, han tenido intervención desde este programa, ya sea de capacitación institucional, formación de promotores juveniles, desarrollo en el círculo educativo con las adolescentes embarazadas, existiendo un nivel de avance diferente, en cada uno de los municipios. En el presente año se llegará a 5 municipios priorizados por el mapeo.

El eje programático en la atención a adolescentes contempla la formación del personal de salud para que tengan habilidades y competencias básicas. Existe la limitante, de poca oferta universitaria para la formación orientada a la atención especializada para adolescentes.

La formación al personal prestador de servicios de salud se da a través de la estrategia: Mesas de actividades básicas para la atención de adolescentes.

Esta pretende brindar habilidades básicas al personal de salud para atender a la adolescencia. Se desarrolla a través de la discusión de seis temas prioritarios y reflexión de casos clínicos. El programa tiene una duración de 32 horas, en 6 módulos sobre: marco legal para la atención de adolescentes; aspectos relacionados al crecimiento, desarrollo y nutrición de adolescentes; Salud Sexual y Salud Reproductiva con énfasis en diversidad sexual, género, anticoncepción, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, prevención de embarazos, prevención de ITS y VIH; prevención de violencia; salud mental con énfasis en la prevención del suicidio en adolescencia. En este se enfatiza en la promoción de estilos de vida saludables para adolescentes que promuevan la prevención de las adicciones; el último tema es la atención de las morbilidades, esta tiene que ver con la atención a la salud integral.

Modelos de atención clasificados por población meta

1. **Padres y madres de adolescentes:** De tal palo mejor astilla: Padres y madres de la comunidad, a través de pares. Lo que pretende es motivar la mejoría de las relaciones interpersonales, mejorar la comunicación entre hijos, hijas y padres y cómo discutir temas de sexualidad con hijos e hijas; y Familias fuertes: es una estrategia para reducir los factores de riesgo asociados a la violencia: intrafamiliar, violencia de género, el embarazo, las adicciones en adolescentes, promoviendo la comunicación en la familia. Ambas estrategias se dejaron de implementar por falta de financiamiento.
2. **Adolescentes**
 - a) Promotores juveniles con adolescentes: Cuenta con dos estrategias; la primera es Arcóiris, dirigida a población de 10 a 14 años; y Educación para la



vida, dirigida al segmento de 15 a 19 años. Esta línea se ha desarrollado en el municipio de La Paz²² (Zacatecoluca y Santiago Nonualco, al menos este año).

b) Historia Clínica adolescente: se construye cuando una persona adolescente llega al establecimiento de salud demandando cualquier servicio. Se le hacen diferentes preguntas sobre aspectos relacionados con su familia, escuela, trabajo, proyecto de vida, violencia, sexualidad, etc.²³ Este instrumento se aplica para toda persona adolescente, hombre o mujer, que visite el establecimiento; si se identifica una situación de riesgo se refiere a nivel hospitalario.

3. **Adolescentes embarazadas:** Círculo Educativo con adolescentes embarazadas: Se captan a través de la consulta de control prenatal. Esta estrategia nació para promover el parto hospitalario en adolescentes, pero también promueve los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y el empoderamiento de estas adolescentes con el fin de prevenir siguientes embarazos, construir proyecto de vida y detectar violencia sexual.
4. Intersectorialidad con la participación de adolescentes. La intersectorialidad pretende que cada establecimiento de salud, se traduzca en la Programación Anual Operativa, planes de educación continua y promoción de la salud. Este plan intersectorial para atención de adolescente tiene 3 énfasis principales: Prevención del embarazo, Prevención del suicidio, Promoción de estilos de vida saludables, encaminados a la reducción de adicciones, evitar sobrepeso y obesidad.

Acceso a los y las adolescentes y jóvenes a información sobre estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad, género y sobre relaciones sexuales

En San Pedro Masahuat existe la percepción que se discrimina a jóvenes y a personas adultas mayores en el acceso a servicios de SSSR. En Olocuilta, El Rosario y Santiago Nonualco, la población considera que no existe suficiente información y por lo tanto, no se está asegurando acceso de adolescentes y jóvenes en particular, a información sobre estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad, género y sobre relaciones sexuales. Únicamente en Zacatecoluca se afirma que hay acceso para todas las personas, brindando la información requerida de acuerdo a cada necesidad.

El personal del primer nivel de atención expresó que para el asesoramiento, el consentimiento informado y orientación, dirigida a adolescentes utilizan un método que describen como: A: Atender, C: Comunicar, E: Enseñar, D: Demostrar, A: Acordar. En cuatro de los cinco municipios analizados, existe la percepción que no se brinda asesoramiento para que adolescentes y jóvenes tomen decisiones con base a un consentimiento informado en relación a los servicios de SSSR, estos son: San Pedro Masahuat; Santiago Nonualco, Olocuilta y El Rosario. (quienes afirman que sólo ORMUSA ha comenzado a brindar capacitación en esos temas.

En Zacatecoluca, la respuesta varía, ya que cuentan con asesoramiento de carácter psicológico, sexual y reproductivo, en temas como: maternidad, métodos de planificación familiar, etc.

²² Zacatecoluca y Santiago Nonualco son parte de los municipios priorizados para la prevención de violencia. Este año se hizo una nueva formación de promotores. El personal de salud conoce la metodología o ha sido preparado para ello, pero ninguna de las estrategias tiene partida presupuestaria específica, esa es una limitante muy importante.

Cada una de estas estrategias responde al eje programático porque de hecho existe la unidad especial integral de adolescentes y jóvenes en el Ministerio, lo cual denota que estructuralmente si está definido pero en la partida presupuestaria no está etiquetado para la atención de adolescentes, sino para la atención de enfermedades crónicas y prevención de mortalidad materna. Muchos casos de mortalidad materna están relacionados con adolescentes. En 2015, 18 establecimientos son parte del plan de prevención de violencia, que han tenido un financiamiento asegurado, todas son unidades comunitarias de salud.

²³ El Dr. Mario Ernesto Soriano ejemplifica con las siguientes preguntas ¿Cuál es la percepción que usted tiene con su familia? ¿Cómo se llevan con su familia, con sus hermanos, con sus papás, con su mamá? ¿En la escuela cómo está? ¿Está yendo a la escuela? ¿Estudia o por qué no estudia? (deserción escolar), si está estudiando ¿Qué ha escuchado del bullying? ¿Lo están maltratando ahí? ¿Le han maltratado a usted? ¿O usted ha maltratado también? ¿Y del trabajo qué piensa cómo se ve?, (proyecto de vida), en el área de sexualidad, ¿Cómo está? ¿Tiene muchos amigos? ¿Ya inicio relaciones sexuales? ¿Lo hizo de manera voluntaria o fue...?

Reconocimiento del ejercicio progresivo de las facultades de las personas jóvenes

El personal del primer nivel de atención manifiesta que se atiende según el ciclo de vida y se le brinda consejería. Sin embargo esto se hace con la población joven que asiste al establecimiento de salud, la captación no es tan fácil por barreras culturales, geográficas, control de territorio de pandillas. Expresaron que hay una cantidad grande de personas adolescentes que no se acercan al establecimiento de salud.

En relación al trato que brindan los establecimientos de salud a adolescentes y jóvenes, las personas consultadas exponen que hay personas sin ética que discriminan y divulgan la información privada de los pacientes, burlándose de los mismos (SPM) y ejemplifican con el siguiente caso:

Una persona tuvo una experiencia de una madre con cesárea. La tenían sentada en una silla con la bebé en los brazos, junto a varias madres. Las sacaron del hospital, porque no alcanzaban las camas y las levantaron al día siguiente de la cesárea con malos tratos, les dijeron nacas y lloronas. Que se levantaran para esperar a que la visita se las llevara. En los hospitales las tratan como animalitos, deberían sensibilizar al personal para tratar bien a las usuarias (ER).

En Zacatecoluca, Santiago Nonualco y Olocuilta, no han observado situaciones de maltrato. En Zacatecoluca afirman que las personas adolescentes tienen prioridad. Aunque en Olocuilta parece desconocerse esta situación.

Privacidad necesaria para adolescentes y jóvenes para recibir asesoría a fin de ejercer su autonomía sexual

El personal del primer nivel de atención ubicó barreras con respecto a las instalaciones físicas, ya que no todos los establecimientos de salud cuentan con consultorios adecuados para brindar privacidad a los pacientes. La

reglamentación de la confidencialidad en protocolos se menciona en otras respuestas.

Con respecto al derecho a la autonomía sexual y tomar decisiones acerca de su sexualidad, la valoración del personal del primer nivel de atención fue: "Se les permite a todos los adolescentes ejercer su derecho y autonomía sexual previo a ser informado por el personal de salud sobre riesgos y prevención de enfermedades".

Percepción de la vivencia de la sexualidad de la gente joven por parte del personal prestador de servicios de salud

En San Pedro Masahuat, Olocuilta y Santiago Nonualco, la población percibe que las personas proveedoras y trabajadoras de los servicios de salud no tienen una visión positiva sobre la sexualidad de adolescentes y jóvenes, por el contrario opinan que es mal visto por los médicos (OI). En El Rosario comentaron que el promotor les ha manifestado que cuando requieran capacitaciones, la comunidad debe reunir a los jóvenes, y él se las brindaría, pero consideran que es difícil reunirlos por las diferencias de horarios de las actividades de cada uno. (ER)

En Zacatecoluca consideran que sí existe una visión positiva sobre la sexualidad de las personas adolescentes y jóvenes, porque "la sexualidad dentro de las Unidades de Salud se ve como algo normal". Es necesario un acercamiento de oportunidades para que todas las personas y la gente joven en particular ejerzan su derecho a aportar a los programas de Educación Integral de la Sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad.

Valoran que sí se les da la oportunidad a todas las personas. Sin embargo, existe la limitante que los jóvenes no acuden a consultar y que la forma que utilizan para acercarse a ellos es a través de la estrategia Club de adolescentes; sin embargo, esta estrategia es más para acercar servicios de información y orientación y no para desarrollar políticas públicas o programas dirigidos a jóvenes y adolescentes.



Participación de jóvenes en el diseño y aplicación de programas de Educación Integral de la Sexualidad y de las políticas relacionadas con la sexualidad

En San Pedro Masahuat, Zacatecoluca, Olocuilta, Santiago Nonualco, la juventud no participa en el diseño y aplicación de programas de Educación Integral de la Sexualidad y políticas públicas relacionadas con la sexualidad. En algunos sectores de El Rosario, se convoca a las y los jóvenes a capacitaciones, pero no para participar en Políticas Públicas. En los otros sectores no los convocan. (ER).

Confidencialidad

Con respecto a la protección de la información de adolescentes y jóvenes así como a la prohibición de divulgar de forma arbitraria la información, en el primer nivel de atención, se manifiesta compromiso de proteger la confidencialidad de personas usuarias. Mencionaron el resguardo del expediente clínico y de todas las atenciones brindadas, ya que el personal está consciente que no se debe divulgar la información.

Se toman medidas para controlar la divulgación de la información de adolescentes y jóvenes en relación con su orientación (se sigue manejando el término preferencias sexuales) sexual, historia sexual, parejas y comportamientos sexuales y otros asuntos sobre la sexualidad, mediante el resguardo de historia del expediente clínico, servicios de Consejería individual y atención especializada en la Clínica VICITS para la población LGBTI de Zacatecoluca.

Respuestas de la población civil local sobre si en su establecimiento se resguarda o se divulga información de las personas adolescentes y jóvenes en relación con su orientación sexual, historia sexual, parejas y comportamientos sexuales y otros asuntos relacionados con la sexualidad.

En San Pedro Masahuat no siempre se resguarda, no siempre se respeta a las personas usuarias de los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva. En Zacatecoluca sí se resguarda la información de todas

las personas. En Olocuilta se ha observado que entre las personas prestadoras divulgan la información y hacen comentarios, pero no a las personas usuarias de los servicios.

En El Rosario informan que el promotor de salud resguarda la información, pero las demás personas [no el personal de salud] la divulgan cuando la usuaria lo cuenta a alguien más (ER). En Santiago Nonualco opinan que la información se resguarda.

Con referencia a condiciones físicas, consideran que no existen espacios privados de atención para proteger la intimidad de adolescentes y jóvenes: en Zacatecoluca a todas las personas se les atiende en el mismo consultor; tampoco en Olocuilta existen espacios especializados para los y las jóvenes, la atención es en general. En El Rosario desconocen si hay espacios privados de atención para las y los jóvenes, solo les dan charlas mientras esperan pasar consultas, donde están todas las personas juntas (ER).

Barreras y limitantes destacadas por la sociedad civil organizada en el ámbito nacional

El acceso a información y a métodos anticonceptivos es una de las principales preocupaciones de la sociedad civil en el ámbito nacional, expresan inquietud por la alta tasa de embarazo adolescente. Señalan que las niñas y jóvenes, aun embarazadas, tienen poco acceso a información preventiva en la familia, escuela o en salud. Se niega Educación Integral de la Sexualidad a las personas jóvenes, no se ofrecen métodos preventivos de las ITS, ni información para prevenir embarazos, y existe poca promoción del condón femenino. De la misma forma, los métodos anticonceptivos no son de fácil acceso para jóvenes y adolescentes. Expresan que existen suicidios de mujeres adolescentes y jóvenes vinculados a embarazos no deseados, ni planificados y en muchas ocasiones estos embarazos son impuestos, es decir producto de violación.

Su juicio es que a las niñas y adolescentes se les ha insertado en un sistema diseñado para mujeres adultas. Valoran que existe poca capacidad instalada

para el desarrollo de los programas de atención integral en SSSR para esta población, destacando que no hay locales adecuados, ni personal debidamente capacitado y en muchos casos no hay suministro de medicamentos necesario para satisfacer la demanda de la gente joven.

Con respecto a actitudes de la población juvenil ante prácticas de autocuidado de su salud, estiman que las personas jóvenes no priorizan la importancia del auto-cuido y toman importancia a otros factores, como ejemplo citan que “los jóvenes prefieren ponerle saldo a su celular, que gastar en una citología u otro chequeo importante para su salud”.

Valoran que el clima de inseguridad y violencia generalizada afecta la vida y la salud de las poblaciones con mayor énfasis en juventudes. Destacan como limitante la estigmatización por parte del personal de salud a los adolescentes LGBTI y menciona que existen barreras políticas, religiosas y sociales que pesan en las personas jóvenes y adolescentes.

COMPONENTE 6: Garantizar la participación ciudadana con enfoque inclusivo, en la toma de decisiones en los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Según los Lineamientos Técnicos del Promotor y Promotoras de Salud en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud del MINSAL²⁴: “este personal debe generar las condiciones para organizar a la gente y encaminar sus reivindicaciones integrando los diferentes comités organizados y fortalecidos al Foro Nacional de Salud”.

La Carta de Derecho a la Participación y Ejercer la Contraloría Social del MINSAL²⁵, establece como responsabilidad del personal el facilitar a la población el acceso a la información y a los mecanismos de

participación ciudadana y de contraloría social en salud para la defensa de los Derechos y el cumplimiento de los Deberes de la población, es decir: Interposición de avisos, quejas o denuncias de acuerdo a los mecanismos establecidos; Consejos Locales de Salud; Foro Nacional de Salud, entre otros, contemplados en la Política Nacional de Participación Social en Salud; así como validar la Programación Operativa Anual de acuerdo a prioridades estimadas con la información epidemiológica local y con apoyo de los representantes de los Consejos Locales de Salud; incidir en el proceso de determinación social de la salud en el área de responsabilidad de su establecimiento, mediante acciones participativas e intersectoriales, entre otras.

En el ámbito nacional, existe claridad tanto en la Dirección del Primer Nivel de Atención, como en la Regional de la Zona Paracentral, sobre la obligación de los establecimientos del MINSAL, de generar espacios de participación social a través de los Comités de Salud y Consejos Locales de Salud, así como reconocimiento del Foro Nacional de Salud como eje en el tema de participación social.

Mecanismos para la Participación en el diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas y servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

El personal de salud en el ámbito local, considera que existen mecanismos de participación, agregando que está regulada por medio de lineamientos dados por el MINSAL. Las acciones relativas a la participación se desarrollan con centros educativos, iglesias y comunidades, siendo el énfasis, el abordaje de prevención a los componentes: ITS, planificación familiar y VIH.

Por su parte, los comités o figuras organizativas, que promueven la Salud Sexual y Salud Reproductiva en las comunidades, reconocidas por la población son:

²⁴ Lineamientos Técnicos del Promotor y Promotoras de Salud en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Tomado de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_promotores_redes_integradas_servicios_de_salud_v4.pdf

²⁵ Carta de Derecho a la Participación y Ejercer la Contraloría Social. Tomado de: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/unidad_derecho_salud/cartas_derechos/Carta_Derecho_a_la_participacion_y_ejercer_la_contraloria_social.pdf



- Promotor de salud (San Pedro Masahuat).
- Municipalidad (San Pedro Masahuat).
- Comités de Salud (San Pedro Masahuat).
- Junta Directiva de las ADESCO. (Zacatecoluca).
- Comité de Mujeres (Zacatecoluca).
- Asociación de Mujeres (Zacatecoluca).
- La iglesia Luterana es la única que da información, una vez al mes. Esta iglesia invita al promotor a que de la charla (El Rosario).
- Solamente la Asociación Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz, ORMUSA (El Rosario).

En Santiago Nonualco y en Olocuilta no identifican ninguna. En San Pedro Masahuat afirman que cuando hacen consultas para el diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas y servicios referentes a la SSSR, no se responde a las necesidades expuestas (SPM); en el caso de Olocuilta y El Rosario, afirman que nadie ha participado en ese tipo de procesos, y solamente reciben información del promotor de salud y de ORMUSA (OI y ER). En Santiago Nonualco no saben (SN).

Únicamente en Zacatecoluca afirman que sí han participado en el diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas y servicios referentes a la salud sexual y reproductiva, mencionando a la UCSF y a ORMUSA (Za).

En ninguno de los municipios participan en asambleas convocadas por el establecimiento de salud para la elaboración de su planeación anual. En San Pedro Masahuat mencionaron que la Municipalidad y la UCSF se unen con la comunidad para la realización de campañas de limpieza y fumigación únicamente. Sin embargo, los mecanismos de participación no se aplican a todas las comunidades y no todas las personas pueden participar en la toma de decisiones (SPM).

Se observa poco reconocimiento y apropiación de la Política Nacional de Participación Social en Salud, lo cual se expresa en la falta de conocimiento de los mecanismos existentes para la participación de la

sociedad civil y el ejercicio de la contraloría ciudadana. Asimismo, parece existir poco conocimiento de los mecanismos de participación a nivel local, los grupos organizativos se crean más con el fin de divulgar información y orientar.

Participación libre de discriminación.

De acuerdo a la información proporcionada por el personal de salud en el ámbito local, los mecanismos de participación juvenil tienen como objetivo, la promoción de la responsabilidad con respecto a la salud de jóvenes y adolescentes. Las estrategias que mencionan son: clubes juveniles, charlas educativas, sesiones educativas sobre derechos sexuales y reproductivos. La participación de personas jóvenes tienen como finalidad emitir información, orientación y asesoría; no se menciona que deben participar en el diseño de estrategias encaminadas a esta población.

Mecanismos para la rendición de cuentas, monitoreo y contraloría.

Es obligación del personal de salud, rendir cuentas a la población del resultado de implementación de la Programación Operativa Anual y de la inversión del dinero y las contribuciones del Estado en los establecimientos locales de salud²⁶.

El mecanismo que identifica el personal de salud en el ámbito local para la rendición de cuentas, son las Asambleas Comunitarias. En ellas abordan la salud integral pero hacen énfasis en el derecho de todas las personas a la SSSR. Se hace un abordaje basado en estadísticas de hechos existentes sobre violencia sexual y equidad de género y la diversidad sexual. No se identifican ejercicios de monitoreo o contraloría para verificar la implementación de los derechos sexuales.

Tanto en San Pedro Masahuat como en Olocuilta expresan que se realizan acciones de rendición de cuentas sobre SSSR, incluyendo violencia sexual y

²⁶ Carta de Derecho a la Participación y Ejercer la Contraloría Social. Tomado de: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/unidad_derecho_salud/cartas_derechos/Carta_Derecho_a_la_participacion_y_ejercer_la_contraloria_social.pdf

violencia contra las mujeres, en el caso de San Pedro Masahuat esta se ha hecho por parte del promotor de salud (SPM); y las personas de Olocuilta, aclaran que ellas no han participado porque nunca han sido convocadas (OI). En los Municipios de Zacatecoluca, El Rosario y Santiago Nonualco se desconoce si se hacen acciones de rendición de cuentas.

Se observan algunos avances, tanto el personal de salud en el ámbito local, como en la población civil en cuanto al reconocimiento de la rendición de cuentas como una obligación del Estado. Se valora que existe disponibilidad, ya que se ha diseñado la política y los lineamientos necesarios en los cuales se establecen los mecanismos y responsabilidades del personal necesarios para la promoción de la participación social, además, los promotores de salud afirman que realizan Asambleas Comunitarias, para dar a conocer los logros de los programas y clubes. Es a través de estas asambleas comunitarias, que la comunidad puede participar.

Barreras y limitantes destacadas por la sociedad civil organizada en el ámbito nacional

La sociedad civil en el ámbito nacional expresa la necesidad de impulsar un trabajo intersectorial. Estiman necesario que en cada región se establezcan coordinaciones con las ONGs de la zona, para maximizar recursos y abarcar mayor población.

Balance sobre Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC).

En cuanto a la accesibilidad, los resultados evidencian deficiencias en la promoción de la participación de la población en general, ya que en su mayoría desconocen la existencia de los mecanismos de participación e informan que no han sido parte de dichos espacios. La accesibilidad también se ve limitada por el contexto de pandillas, que por ejemplo, obstaculizan la realización de Asambleas Comunitarias.

Se observan debilidades en cuanto a la aceptabilidad, ya que no existen suficientes esfuerzos para garantizar la participación de las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, como LGTBI, personas jóvenes,

adultas mayores, con discapacidad, viviendo con VIH y pueblos originarios.

COMPONENTE 7: Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género.

Información sobre Violencia contra las Mujeres.

Los tipos de violencia que reconoció el personal prestador de servicios de salud fueron: verbal, física, económica, patrimonial, sexual, acoso laboral, violencia a las niñas y obstáculos a la libertad de expresión. Es importante resaltar que el personal identifica la práctica de limitar la libertad de las mujeres de utilizar métodos de planificación familiar por coacción de su pareja.

En este grupo se observa la persistencia de un enfoque familista sobre la violencia que enfrentan las mujeres en razón de su género, siendo su principal referente normativo, La Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, sin mencionar la Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres.

Los grupos de San Pedro Masahuat y El Rosario respondieron que no se habla sobre violencia contra las mujeres en sus establecimientos de salud (SPM y SC ER), agregando en El Rosario no dan importancia a difundir dicha información.

El grupo de Zacatecoluca menciona algunos tipos de violencia como son: física, moral, psicológica, sexual y económica e informan que en sus establecimientos de salud no hablan de la problemática, pero cuentan con carteles informativos. El grupo de Santiago Nonualco menciona la violencia contra la pareja. Es evidente que no existen acciones permanentes de difusión de información sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia desde el personal de salud; además se observan deficiencias en el conocimiento y abordaje de la misma.

Competencias en el abordaje de la violencia contra las mujeres.

Las personas prestadoras de servicios de salud en



el primer nivel, reconocen que la violencia es un problema de salud pública y que debe ser atendido por todos los ministerios del gobierno. Las competencias que identifica el personal de salud en el ámbito local, correspondientes al primer nivel de atención del MINSAL, son la detección y referencia para atención oportuna, hacen énfasis en que la detección debe ser temprana, en casos de violencia contra las mujeres. Además manifiestan que su deber es promover consultas médicas para ser referidas a las personas expertas en la materia, para el manejo adecuado de la consejería en salud. Mencionaron que es su competencia acompañar en todo el proceso y hacer énfasis en cumplir las indicaciones médicas.

Atención a víctimas de violación sexual incluida la AOE, la referencia y contra-referencia.

Con respecto a la atención a la violencia sexual, los prestadores de servicios de salud identificaron buenas prácticas en la atención, como por ejemplo, que el abordaje es brindando y garantizando confianza, privacidad y confiabilidad. Además mencionaron que, dependiendo del caso, se refiere a la instancia competente y de acuerdo a la edad de la mujer. En relación a la existencia de protocolos, mencionaron que en los establecimientos del MINSAL existen protocolos para los diferentes tipos de violencia, no profundizaron a qué tipos de violencia se refiere.

La Dirección Regional de Salud de la Zona Paracentral informa que los hospitales cuentan con un protocolo post transmisión, para proceder en casos de contacto de riesgo, según el cual a las víctimas de violencia sexual se les proporciona inmediatamente antirretrovirales, aclarando que solo en el hospital se tiene acceso a antirretrovirales por exposición²⁷.

De acuerdo a la opinión de la población consultada, cuando una víctima de violación sexual acude al establecimiento de salud, se enfrentan las siguientes situaciones:

a) En San Pedro Masahuat, afirman que no existen recursos necesarios para atender a las personas

que enfrentan violencia sexual, no hay aparatos o insumos para tratarlas de inmediato (SPM).

- b) En Zacatecoluca afirman que a las víctimas de violación sexual no les proporcionan ningún medicamento, las remiten a la Policía Nacional Civil o llega personal de medicina legal a “revisarla”, después le hacen los exámenes y las prueba del VIH y embarazo; aseguran que no les dan medicinas, por lo que se necesita más atención.
- c) En Olocuilta, le toman los exámenes y le dan referencias, luego terapia psicológica. Si tienen medicina, se las proveen, sino las refieren a otro hospital (Hospital Nacional de Zacatecoluca, Hospital Saldaña o Rosales). Previamente, les practican exámenes para saber el daño después de la exposición.
- d) En El Rosario, no saben qué les pueden proporcionar a las mujeres cuando son víctimas de violación, pues nunca les han dado información (ER).
- e) En Santiago Nonualco, expresan que cuando se da un caso de violación tienen que denunciar a la persona [agresor] porque es un abuso contra las mujeres y hay que aconsejar a las personas que deben denunciar en estos casos. (Desconocen tratamientos).

La población no tiene claridad sobre cuál es el procedimiento que debe seguir el primer nivel de atención, en caso de violencia sexual, sin embargo, reconocen ciertas acciones como la referencia al nivel hospitalario y la toma de exámenes.

Los prestadores de servicios de salud mencionaron que si se mantienen existencias de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) y se les cumplen oportunamente las víctimas de violencia sexual.

Solamente en San Pedro Masahuat se afirmó que se proporciona AOE a las víctimas de violación sexual (SPM). Por el contrario, en Zacatecoluca y Olocuilta no se brinda este servicio. En Olocuilta agregan que “primero mandan a hacer exámenes, luego si quedan

27 Ídem.

embarazadas les dan ayuda psicológica, si no, les dan anticonceptivos". En El Rosario y en Santiago Nonualco no saben si se brinda la anticoncepción oral de emergencia a las víctimas de violación sexual (ER y SN).

Se detecta una deficiente promoción del servicio de AOE, ya que a pesar que el personal de salud afirma que esta es proporcionada oportunamente, la población no reconoce este servicio.

Detección de la violencia basada en género.

Los prestadores de los servicios de salud expresaron que a través de la consulta se aplica el método de la observación, se realizan entrevistas para referir oportunamente.

Por su parte el Director Regional²⁸ de la Zona Paracentral informó que cuentan con una hoja de tamizaje, que es aplicada cuando algún personal capacitado percibe que hay violencia, por ejemplo, contra adolescentes y mujeres en edad fértil. Sin embargo, no se tamiza al cien por ciento de la población porque esto supondría tamizar a las 900,000 personas de la región paracentral.

En Santiago Nonualco responden que no se pregunta a las mujeres para detectar si viven violencia, no se preocupan por esos temas y son las mujeres las que tienen que expresarlo (SPM, SN).

En Olocuilta, la actuación del personal de salud depende del estado en que se presente la mujer, si observan golpes visibles o si la persona lo expresa al médico, de lo contrario, no lo toman en cuenta incluso aunque la víctima enfrente violencia sexual. De igual forma, en El Rosario, afirman que solamente preguntan a las víctimas cuando presentan muchos golpes visibles.

En Zacatecoluca, cuando se preguntó si detectan la violencia, expusieron el caso de una mujer agredida físicamente que llegó en una situación de alto riesgo

a la UCSF y falleció porque no tuvo acceso inmediato a los servicios de salud.

El personal de salud no hace mención de la existencia e implementación de la hoja de tamizaje de violencia que sí se menciona en el nivel regional, a pesar de existir el mandato expreso en la LEIV de garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública para la detección temprana en los casos de violencia contra las mujeres así como su reconocimiento como objetivo de los servicios de salud pública.

Aviso a la Policía Nacional Civil o al Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia (CONNA) en caso de violación sexual.

El Director Regional de la Zona Paracentral, informa que el personal de salud debe notificar al CONNA si las víctimas son niñas, niños y adolescentes, a quienes se refiere como "menores". Sin embargo, señala que se enfrentan al problema que el personal del CONNA revela información sobre las personas que han realizado dicha notificación porque el personal de salud se limita a cumplir con dicha obligación, explicando que en este caso, la obligación riñe con la seguridad personal de las y los prestadores²⁹.

Desde la Coordinación de la Unidad de Atención de Adolescentes, se tiene la valoración que la violencia sexual que enfrentan las adolescentes, es una problemática que requiere no sólo de una atención especializada desde salud, sino que de la intervención y funcionamiento del sistema de protección integral, el cual lidera el CONNA. En el caso de personas adultas, de acuerdo a la Dirección Regional de Salud, el personal de salud tiene la obligación de dar aviso a la Fiscalía General de la República y brindarles además atención psicológica, la cual nombra como "tratamiento psicológico" a las víctimas, lo cual denota una concepción de ellas, como personas enfermas³⁰.

²⁸ Ídem.

²⁹ Ídem.

³⁰ Ídem.



Solamente en Zacatecoluca se informa que el personal del establecimiento de salud avisa a la PNC o al CONNA en caso de violación sexual. En los demás municipios no se da este aviso, deben ser las víctimas o sus familiares quienes acudan al puesto policial. En Olocuilta explican que si se trata de niñas, niños o adolescentes, algunos médicos dan el aviso, pero no es una práctica generalizada.

Servicios de salud, libres de discriminación, en casos de violencia, abuso o acoso contra las personas por razones de orientación sexual, prácticas y trabajo sexual.

Cuatro de los grupos consultados (salvo El Rosario quienes no saben) responden que el personal de servicios de salud discrimina a las víctimas; por ejemplo, en San Pedro Masahuat mencionan que se irrespeta a las personas de la comunidad LGBTI, a quienes identifican como "afeminadas". Aunque algunas personas del mismo grupo contradicen opinando que no hay discriminación (SPM).

En Zacatecoluca, afirman que el personal revictimiza a las mujeres víctimas de violencia, las juzgan y la discriminan, razón por la cual las víctimas se abstienen de ir al establecimiento de salud. En Olocuilta también consideran que existe discriminación contra ellas, por la forma de vestir, su apariencia personal, por su condición de VIH, hasta el punto que ni se quieren acercar a las personas con VIH. En Santiago Nonualco, perciben que no existe una buena comunicación con el personal de salud, ya que no cuentan con un buen respaldo como mujeres dentro del sistema de salud. Existe una fuerte percepción en la población del ejercicio de violencia institucional por parte de los servidores de salud en la atención a víctimas de violencia basada en género.

Campañas de prevención de la violencia basada en género

En Santiago Nonualco y Olocuilta desconocen las campañas de prevención de la violencia basada en género que se desarrollan en sus municipios. En Zacatecoluca conocen campañas realizadas por

MINSAL, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU); Asociación de Mujeres Viroleñas "Esperanza Jovel" de Zacatecoluca, AMUVIZ; Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas); Asociación Organización de Mujeres Salvadoreñas por La Paz (ORMUSA); Asociación Movimiento de Mujeres Mélida Anaya Montes (Las Mélidas) y en El Rosario, solamente desarrolladas por ORMUSA.

La mayoría de la población consultada, no reconoce acciones impulsadas por el MINSAL para la difusión de información sobre violencia contra las mujeres basada en género.

Causas de la Violencia basada en Género y Violencia Sexual.

Con respecto a las causas de la violencia basada en género y la violencia sexual, quienes prestan servicios de salud reconocen que entre las personas pobladoras de sus municipios existe mucho desconocimiento sobre los DSDR.

Con respecto a la identidad de los agresores afirman que generalmente se trata de personas conocidas o que tienen una relación con la víctima, pero no especifican si existe alguna acción de tamizaje para hacer esta aseveración. En el ámbito local, el personal de salud no identifica las relaciones de poder como causas de la violencia basada en género, por el contrario, su concepción de la violencia está basada en explicaciones moralistas y espirituales que reflejan la existencia de mitos.

Barreras y limitantes destacadas por la sociedad civil organizada en el ámbito nacional

La sociedad civil en el ámbito nacional estima que el cuerpo de las mujeres es el botín en disputa en el contexto de las pandillas. Con las pandillas es notoria la persecución de las mujeres como cuerpos sexuados. También ubican el rol de la iglesia que maneja el discurso de protector, pero es controlador de los cuerpos de las mujeres. Otra barrera a afrontar son los casos de secuestro de mujeres y niñas como una cosa propia para el servicio sexual.

Destacan las competencias del sector salud establecidas en el Código Penal (dar aviso Art. 312) para los casos del delito de violación. Sostienen que el MINSAL debería llevar un informe de casos sobre adolescentes que llegan a control prenatal a los centros de salud, porque obviamente hay un abuso sexual cuando son menores de 15 años. No reconocer esta situación como producto de un hecho delictivo, es una alarma de como el sector salud comprende y normaliza la violencia sexual.

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, destacan como barrera, la negación de acceso en casos de violación basándose en creencias religiosas y patrones culturales. El mayor problema con este tipo de anticoncepción, según su valoración, es que se mantiene vigente la percepción de que es método abortivo y que el personal no se remite a la información científica aunque ya la conozcan.

Balance sobre Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad (DAAC).

En cuanto a la disponibilidad y la accesibilidad, se afirma que todos los establecimientos del MINSAL cuentan

con la oferta de servicios de atención a víctimas de violencia sexual y basada en género. Sin embargo, un obstáculo para la disponibilidad de las víctimas a estos servicios, está relacionado con la falta de promoción de dichos servicios, así como el miedo de las víctimas para acudir a los mismos, debido al riesgo que representan las pandillas.

La aceptabilidad de los servicios de salud para las víctimas de violencia, se ve afectado negativamente, por barreras vinculadas con las creencias religiosas.

La calidad de los servicios a las víctimas de violencia sexual o basada en género se ve afectada porque las mujeres mienten para proteger a los agresores, lo cual obstaculiza la detección, registro y la correspondiente aplicación de los protocolos específicos. Otra limitante a la calidad, es que las mujeres no aceptan la atención psicológica y generalmente las mujeres víctimas de violencia de pareja, vuelven con los agresores, lo cual se ve reforzado por sus creencias religiosas. Finalmente se informa que no han recibido capacitación en consejería por violencia sexual.



V. Demandas de la Sociedad Civil en el ámbito nacional con respecto al acceso a la SSSR de la población salvadoreña.

Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad.

La promoción de la educación sexual integral es una de las principales demandas de la Sociedad Civil en el ámbito nacional; para su cumplimiento, exigen la aprobación de leyes y políticas para la sexualidad y garantías de los derechos humanos de las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Por ejemplo, retomar la discusión de una ley de espectáculos públicos y el anteproyecto de ley de la EIS e impulsar una ley de identidad. Estas acciones demandarían cambios legislativos para armonizar el Código de Familia, la Ley del Nombre de la Persona Natural, la Ley Transitoria del Registro del Estado Familiar y de los Regímenes Patrimoniales del Matrimonio, entre otras. Incluso es necesario valorar si requiere de una reforma constitucional.

Mencionan que la promoción de la EIS debe estar libre de prejuicio por parte de los garantes de derechos. Además, refieren la responsabilidad del MINSAL y el MINED en la divulgación de la EIS. Valoran como positivo que exista coordinación entre ambas carteras de Estado, pero demandan la firma de un Convenio para generar estrategias de educación y promoción entre ellas. El contenido de esta alianza debe ser la planificación y ejecución de programas de prevención de embarazos, campañas permanentes sobre responsabilidad compartida en la prevención de embarazos e ITS con enfoque de género y perspectiva de derechos humanos; así como la promoción del Derecho a una vida libre de violencia para las mujeres, libre de prejuicios y estereotipos.

Con respecto a la divulgación y capacitación de la EIS mencionan que debe darse tanto en prestadores de servicios de salud como en madres y padres de familia a través de la incorporación de los módulos de EIS en las escuelas de educación familiar. Además hacen énfasis en el carácter laico que debe tener la información

divulgada. En el contenido a prestadores mencionan que debe existir énfasis en diversidad sexual y enfoque de género. Demandan que cada institución que trabaje áreas de atención y prevención sobre SSSR y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR), cuenten con una partida presupuestaria para que los programas sean sostenibles y que este presupuesto obedezca a un enfoque inclusivo con énfasis en adolescentes, jóvenes y personas LGBTI.

La Sociedad Civil en el ámbito nacional menciona que debe existir una estrategia de regulación de los medios de comunicación que debe desarrollar el Ministerio de Gobernación; que se debe impulsar una campaña nacional permanente para erradicar tabúes, mitos y miedos en torno al ejercicio de la sexualidad.

La sociedad civil organizada en el ámbito nacional, considera que se debe evitar la lectura de la biblia en los centros educativos del sector público, porque El Salvador es un Estado laico.

Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido VIH.

En esta área es imperante la necesidad de erradicar la discriminación a las personas con VIH y personas adultas mayores en los servicios. Se requiere mayor sensibilidad por parte del personal prestador de servicios de salud. Además, es urgente el aumento de accesibilidad a los servicios asociados con la prevención y atención a las ITS y el VIH. Especialmente en los ECOS, debe garantizarse la existencia de condones y el personal capacitado para enseñar sobre SSSR a todas las personas incluyendo a las personas con discapacidad.

Para la prevención de las ITS y el VIH hacen la sugerencia que el Gobierno capacite a grupos de personas voluntarias para realizar efecto multiplicador en las áreas rurales. Se requiere educación y servicios de

atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos. Ampliar la cobertura a través de los ECOS y promover la utilización de las Casas de Espera Materna tomando en cuenta las causas sociales que limitan su uso.

La sociedad civil organizada, considera que se debe despenalizar el aborto: terapéutico, ético y eugenésico.

Acceso a información y servicios en SSSR, incluidos los servicios de anticoncepción.

La sociedad civil a nivel nacional considera que la información adecuada sobre el uso de anticonceptivos y métodos de planificación es necesaria para toda la población sin discriminación por ningún motivo. Una de las principales demandas de la población consultada, es el abastecimiento y acceso a los métodos anticonceptivos, incluyendo acceso a la Anticoncepción Oral de emergencia sin costos y de acuerdo a la demanda.

Con respecto al personal prestador de servicios de salud, piden poner en práctica el Código de Ética profesional que los rige; que la atención sea desde la competencia de cada institución; y, que los servicios deben caracterizarse por ser de calidad y calidez, esto incluye no anteponer sus creencias religiosas ni culturales en detrimento de los Derechos Humanos de usuarios(as) y demandantes de servicios.

La atención adecuada, implica que haya personal suficiente de conformidad con la demanda de la población y por otra, que el personal encargado esté continuamente en formación, de acuerdo a la especialización requerida en su área. Para ello, el MINSAL debe garantizar presupuesto. Dicha preparación debe ser con enfoque holístico que permita brindar atención adecuada a los diferentes grupos poblacionales.

Se sugiere la creación de incentivos de superación al personal de salud que atiende de forma integral.

En referencia a la creación y seguimiento de políticas públicas, expresan que éstas deben ser inclusivas; entendiéndose por ello la implementación de abordajes a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, como mujeres y hombres trans, mujeres trabajadoras sexuales, jóvenes y mujeres de pueblos originarios. Estas políticas deben diseñarse con enfoque de derechos y deben ser respetuosas de la identidad de género.

Con respecto a los servicios, demandan compra de equipo de alta tecnología; contratación de recurso humano calificado; e insumos para exámenes especializados para las poblaciones arriba mencionadas, en servicios de fertilización, crioterapia, hormonización, mastectomías, reasignación de sexo, abortos gratuitos y seguros.

Valoran como positiva la acción afirmativa de las Clínicas VICITS, pero demandan que la atención especializada en SSSR a población LGBTI se de en todos los niveles, destacando la necesidad de capacitación y/o actualización/sensibilización al personal de salud para una atención adecuada (científica, técnica y humana), a población adolescente LGBTI.

Acceso para personas con discapacidad en horarios oportunos de atención y emergencia a todos los servicios de SSSR.

Sobre el Acceso a SSSR de personas con discapacidad para establecer la oferta e identificar las barreras y limitantes se contactó al Centro de Estudios de Género de la Universidad de El Salvador. La persona referente expuso algunas preguntas que pueden ayudar a identificar porqué en estas demandas son prácticamente invisibles; por ejemplo: una mujer en silla de ruedas ¿Cómo se sube a la mesa ginecológica? Si esta misma mujer necesita hacerse una mamografía ¿Está a una altura adecuada las placas del mamógrafo? Si la educación sobre los síntomas por los cuales consultar sobre ITS son: escozor en la zona pélvica, humedad, etc., y estas mujeres no tienen sensibilidad en esa zona ¿Cómo deben ellas estar atentas a estos

signos? También se hace un énfasis en que se debe pensar en los diferentes tipos de discapacidad, por ejemplo: ¿Cómo se le brinda información a una persona sorda? ¿Existen intérpretes dentro de las Unidades de Salud Familiares u Hospitales para lograr comprender las necesidades de esta población?³¹

Ante estas interrogantes útiles para facilitar la comprensión de la necesidad de un servicio especializado para el acceso a la SSSR de las personas con discapacidad se destacó que la oferta de servicios del MINSAL debería estar compuesta por Programas de Educación Integral de la Sexualidad para personas con discapacidad.

Existe la idea generalizada, tanto en la población como en el personal prestador de servicios de salud, que esta población es asexuada y existe poca educación para exploraciones que permitan encontrar la sensibilidad de estas personas. En el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) a demanda se brindan servicios de orientación realizado por profesionales de psicología, pero estos servicios se caracterizan por ser falo céntricos y dirigidos a educar sobre posibles posiciones sexuales que pueden ejercer las personas con problemas motrices, no contemplan la sexualidad como ese estado de bienestar en todas sus expresiones y generalmente se piensa en la asesoría a hombres, no a mujeres, y desde la heteronormatividad. Estos programas deberían ser producidos en Braille, en audios, entre otros.

Con respecto al acceso, la entrevistada menciona que el servicio está contemplado en la Política Nacional de SSSR del MINSAL; pero que de forma clara no se ve en la prestación de servicios propiamente. Debería haber seguimiento a los embarazos de mujeres con discapacidad como ejemplo: las mujeres con lesión medular y la prevención de estos; acceso cercano a PF, por ejemplo visitas de promotores a personas con poca movilidad y evitar las barreras actitudinales en la entrega de estos métodos por parte del personal

prestador de servicios; ultras pélvicas de rutina para la detección en mujeres con lesión medular; procurar los consentimientos informados en el caso de las esterilizaciones; así como programas de detección y tamizaje de situaciones de violencia, pues esta población por sus mismas condiciones de riesgo está expuesta a la violencia sexual.

El embarazo en una mujer con discapacidad por si solo ya es una situación de riesgo para la vida de la madre, por ejemplo, cuando las mujeres tienen fallas cardiacas, renales, pulmonares y que en estos casos sería necesario el aborto terapéutico, resalta que una legislación tan restrictiva con respecto al aborto como la salvadoreña vulnera el derecho a la vida de estas mujeres.³²

Atención especializada en SSSR para adolescentes y jóvenes.

Una de las demandas más requeridas es la existencia de personal capacitado para la atención especializada a adolescentes y jóvenes. La gente joven organizada demanda el uso de la tecnología virtual para acercar acciones de prevención y atención de Salud Sexual y Salud Reproductiva para jóvenes, ponían como ejemplo la instalación de consultas online sobre DSDR y SSSR; piden el diseño e implementación de Programas de planificación familiar más amigables según la edad con énfasis en la prevención del primer embarazo.

Y con referencia a los servicios, expresan que se debe ampliar los horarios diferenciados en la atención de las y los adolescentes y usuarios de SSSR, ya que actualmente esto solo se da en clínicas especializadas y no en nivel de atención intermedia ni básica.

Garantizar la participación ciudadana con enfoque inclusivo, en la toma de decisiones en los servicios de SSSR.

La sociedad civil organizada demanda la creación de espacios de articulación entre la institucionalidad y

³¹ Entrevista a Margarita Rivas, Centro de Estudios de Género, Universidad de El Salvador.

³² Ídem.

organizaciones sociales para el cumplimiento de sus competencias, garantizando así los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de todas y todos. Señalan que es necesario establecer un diálogo con la sociedad civil que sea científico, respetuoso y basado en la realidad salvadoreña.

Piensan que es un reto fortalecer el trabajo intersectorial y desarrollar estrategias de sensibilización a nivel intersectorial. Reconocen que existen importantes esfuerzos en esta área pero que se requiere de una iniciativa más para hacer un trabajo integral.

Demandan que se gestione y coordine desde espacios locales, como las municipalidades y otras instituciones, para fortalecer los DSDR. Y que se haga explícita la alianza entre el MINSAL y las ONGs para garantizar mayor cobertura de forma coordinada en lo territorial, para alcanzar a todas las poblaciones.

Concluyen haciendo una invitación a la sociedad civil en general para que se realicen más ejercicios de contraloría en todos los niveles de atención con respecto a la SSSR; y extienden el llamado, para la

exigencia de la rendición de cuentas. Reconocen el rol de las organizaciones de mujeres que han venido trabajando para que las mujeres se organicen y ejerzan su ciudadanía contribuyendo a un ejercicio ciudadano de contraloría social.

Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género.

Para cumplir este componente es necesario el diseño e implementación de Políticas efectivas en el cumplimiento de protocolos de actuación frente a embarazos forzosos, agresiones sexuales, embarazos en menores de 15 años y el uso efectivo de la píldora del día después en el caso de abuso sexual y violaciones. Hacen énfasis en la indispensabilidad de atender la salud mental en todos los casos asociados a violencia basada en género y a violencia sexual, con especial énfasis en embarazos en adolescentes, y en menores de 15 años. Demanda dar a conocer por medio de una rendición de cuentas, los avances, logros y retos del CONNA, en relación a abusos con énfasis en cumplimiento de DS y DR.



VI. Conclusiones y recomendaciones

La Reforma al Sistema de Salud presenta como principales bondades, la ampliación de la oferta de servicios de salud, a través del incremento significativo de Unidades Comunitarias de Salud Familiar tanto básicas como intermedias y especializadas, y su acercamiento a las comunidades, a través del fortalecimiento de la figura de promotores y promotoras de salud. Sin embargo, el actual contexto de violencia, principalmente generado por la disputa del control territorial de las pandillas, limita el acceso de la población a los servicios.

El modelo de salud propuesto desde la Reforma propicia el fortalecimiento del vínculo entre la población y la figura de promotor y promotora de salud, lo cual genera una fuerte expectativa hacia dicho personal, para que resuelva y solvete las necesidades que enfrenta la población, lo cual demanda de muchas habilidades, conocimientos y destrezas, tanto técnicas como logísticas.

Por otra parte, la implementación de la Reforma al Sistema de Salud, se enfrenta a la necesidad de transmitir al personal de salud los nuevos valores, enfoques y paradigmas que esta implica, lo cual ha requerido de un arduo proceso de elaboración de normas técnicas, lineamientos y protocolos, así como la formación de dicho personal, proceso que se ha enfrentado a la escasez de recursos y a la resistencia de las personas prestadoras de servicios, frente a los cambios, en especial en materia de derechos humanos, género, respeto a la diversidad e inclusión y atención con calidad y calidez.

Uno de los signos de alerta sobre la necesidad de actualización y profundización en los procesos de sensibilización en el personal de salud, es el uso de lenguaje cargado de desconocimiento, así como de discriminación y prejuicios, por ejemplo, se nombra el VIH como una enfermedad y las ITS como enfermedades venéreas; se refieren a personas adolescentes y jóvenes como menores,

a la orientación sexual aun se le nombra como preferencias u opciones y tienen dudas de cómo nombrar a la población LGBTI.

Con respecto al enfoque de inclusión, no se visibiliza de la población o de parte de las personas prestadoras de salud tanto en el ámbito nacional como en el local, a la siguiente población: lesbianas, pueblos originarios y personas con discapacidad. Este vacío es muy grave, sobre todo porque el diagnóstico da cuenta del impacto que tienen en el acceso a la SSSR las múltiples discriminaciones que enfrentan principalmente las mujeres, por ejemplo si son jóvenes y lesbianas, si tienen discapacidad y además son rurales, si son adolescentes y viven en territorios marcados por la violencia generada por las pandillas, entre otras.

En general existe una importante intervención de Organizaciones de la Sociedad Civil en los diversos municipios priorizados por el proyecto, siendo estas las que emprenden en su mayoría acciones sobre EIS.

En el nivel local, la Promoción de la Educación Integral de la Sexualidad no es reconocida, ni por la población de sociedad civil, ni por el personal de salud, como un componente de la SSSR. Además, las acciones de las que se da cuenta en el nivel local, son actividades puntuales, dispersas y desvinculadas con la estrategia a nivel nacional, salvo algunas excepciones. Tampoco se observan acciones en el marco de la EIS, destinadas a personas LGBTI, personas indígenas, personas con discapacidad y trabajadoras sexuales. Por otra parte, en este componente se detectó una fuerte carga religiosa en actividades destinadas a la prevención de embarazos en adolescentes.

Se valora como una experiencia exitosa en materia de EIS, la coordinación establecida entre el MINSAL y el Ministerio de Educación, sin embargo se señala como una debilidad de esta estrategia, que la ejecución recae en los y las promotoras de salud, excediendo sus capacidades.

En relación a la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, se identifican múltiples barreras, entre ellas sobresalen los mitos y prejuicios en relación a la sexualidad y la reproducción, que existen en padres y madres de familia, quienes debido a esta carga cultural, dificultan el acceso de sus hijas e hijos, principalmente cuando no son sexualmente activos, a información y a métodos de protección y anticonceptivos para adolescentes y jóvenes.

Otra barrera importante está relacionada directamente con la desinformación de la población sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS incluido el VIH, por ejemplo, existe confusión entre métodos de PF y las formas de prevención de las ITS y el VIH. En el mapeo no se lograron identificar esfuerzos concretos y relevantes para garantizar a todas las personas el derecho a la educación dirigida a erradicar el estigma y la discriminación por VIH.

Se detecta una fuerte deficiencia en el personal prestador de servicios de salud, en cuanto a capacidades para brindar consejería de VIH; conocimiento sobre normas de atención sobre ITS; así como falta de aplicación de los protocolos de atención específicos. También existen limitaciones en cuanto a la infraestructura de las instalaciones, la cual no brinda condiciones de necesarias de privacidad.

El mapeo logró establecer que existe un problema de abastecimiento de tiras reactivas para realizar las pruebas de VIH, que probablemente se extienda al ámbito nacional, esta situación es preocupante, ya que se menciona incluso que ha habido períodos en que el desabastecimiento afectó incluso el acceso a las pruebas para mujeres embarazadas.

En el componente de educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, el embarazo en adolescentes es una de las problemáticas más sentidas por la población y de mayor preocupación para el personal de salud, sin embargo, esta problemática continuará mientras no se cambien los determinantes sociales tales como: pobreza, falta de

educación, violencia basada en el género, entre otros, ya que requiere de una respuesta estructural.

Como avance se destaca que la estrategia de prevención del segundo embarazo se desarrolla con recursos propios desde el MINSAL. Con respecto al primer embarazo existen varios modelos de prevención que actualmente no se aplican por carecer de financiamiento especialmente en el caso de adolescentes y jóvenes. El reto es adaptar estas estrategias con recursos propios para evitar el embarazo adolescente.

En la investigación no se ha logrado determinar que exista una práctica sistemática de denuncia por abortos sépticos de parte del personal del Ministerio de Salud, en aquellos casos en que se determina que existen señales de aborto séptico.

La violencia obstétrica está presente en la atención que brinda el MINSAL, sin embargo, la población por un lado, desconoce las instancias donde acudir para acceder a justicia en el caso de violencia obstétrica, y por otra, existe una fuerte percepción de impunidad de parte de las autoridades de salud, esta combinación de factores no contribuye a generar una cultura de denuncia de esta forma de violencia institucional que produce dolor y malestar en las usuarias de los servicios.

En relación al acceso a información y servicios en salud sexual y reproductiva, en cuanto al abastecimiento de servicios, las personas prestadoras de servicios de salud se centraron en los métodos de planificación familiar, expresando que existe desabastecimiento de estos en algunos lugares con más gravedad que en otros. Además, no existe una oferta de métodos de PF que responda a las necesidades de la población adolescentes y joven.

Pudo constatar que el MINSAL cuenta con personal capacitado y dispuesto para brindar asesoría anticonceptiva, sin embargo, el impacto en la población no es el suficiente, principalmente si se pertenece al área rural, se es joven o adolescentes, ya



que estos grupos poblacionales no reconocen este servicio en la mayoría de municipios, especialmente cuando es la primera vez que se toma la decisión de planificar.

Es urgente que el MINSAL brinde un servicio especializado para el acceso de las personas con discapacidad, a la SSSR, superando los mitos y creencias que existen alrededor de la sexualidad y reproducción de esta población, reconociendo que son personas sexuadas, diversas y que enfrentan riesgos específicos vinculados con su condición. Debe prestarse atención al riesgo de muerte que enfrentan mujeres con ciertas discapacidades durante los embarazos, en relación con la demanda de despenalización del aborto cuando peligra la vida de la madre.

La oferta de servicios en salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres trans debería incluir el abastecimiento de equipo de alta tecnología, contratación de recurso humano calificado e insumos para exámenes especializados para estas poblaciones para cubrir por ejemplo los servicios de fertilización, crioterapia, hormonización, mastectomías, reasignación de sexo, abortos gratuitos y seguros principalmente cuando son producto de “violaciones correctivas, es decir cuando los hombres violan a las mujeres lesbianas y hombres trans, para corregir su identidad de género y orientación sexual”.

En relación a la atención especializada en SSSR para jóvenes y adolescentes, se pudo constatar que sigue siendo un reto pasar de un enfoque centrado en el proveedor a uno centrado en la persona con una perspectiva basada en los derechos, que busque la satisfacción de la persona y las mejoras en la salud de las comunidades. En este sentido, una de las barreras que se enfrentan es la deficiencia desde la academia, en la formación de profesionales que brinden una atención especializada a personas adolescentes.

Por otra parte, es necesario que el MINSAL trabaje en mejorar sus estrategias de captación de jóvenes y

adolescentes, a través de la prestación de servicios amigables que vuelvan atractiva la oferta para esta población. Esto pasa necesariamente por asignar el presupuesto suficiente para el desarrollo de los modelos ya diseñados desde esta cartera de Estado, que han probado ser exitosos, pero que carecen del financiamiento necesario para su sostenibilidad a largo plazo.

Se identifica como una buena práctica, el desarrollo de los Clubes de Adolescentes, la cual ha demostrado ser una estrategia exitosa implementada con fondos propios desde el MINSAL, aun con la limitante de tener un fuerte énfasis en la prevención del segundo embarazo.

Se debe garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, con especial atención a las necesidades de los grupos en condiciones de vulnerabilidad, en particular de las mujeres; adolescentes y gente joven, tanto de las personas que son sexualmente activas, como de quienes no lo son. Este modelo de asistencia sanitaria debe incluir los derechos humanos y sexuales de adolescentes, mujeres y hombres, así como la igualdad de género, y el respeto a la cultura juvenil, estilos de vida y los valores de la elección, la dignidad, la diversidad y la igualdad.

En cuanto a la participación ciudadana con enfoque inclusivo en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva en el ámbito nacional, existe claridad en la Dirección del Primer Nivel de Atención y en la Regional de la Zona Paracentral, sobre la obligación de los establecimientos del MINSAL, de generar espacios de participación social a través de los Comités de Salud y Consejos Locales de Salud, así como reconocimiento del Foro Nacional de Salud como mecanismo de participación social. No obstante, en los municipios priorizados para el mapeo se observa poco reconocimiento y apropiación de la Política Nacional de Participación Social en Salud, lo cual se expresa en la falta de conocimiento de los mecanismos existentes para la participación de la sociedad civil y el ejercicio

de la contraloría ciudadana. Asimismo, existe poco conocimiento de los mecanismos de participación a nivel local, los grupos organizativos se crean más con el fin de divulgar información y orientar. La forma de participación más reconocida a nivel local es la realización de Asambleas convocadas por el establecimiento de salud para divulgar su plan anual, en estas reciben retroalimentación de la población. Sin embargo ninguna persona de las que participó en la consulta manifestó haber participado en estas asambleas.

Se observan algunos avances en el personal de salud en el ámbito local, como en la población civil en cuanto al reconocimiento de la rendición de cuentas como una obligación del Estado.

Es evidente que no existen acciones permanentes de difusión de información sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia desde el personal de salud; además se observan deficiencias en el conocimiento y abordaje de la misma.

La población no tiene claridad sobre cuál es el procedimiento que debe seguir el primer nivel de atención, en caso de violencia sexual, sin embargo, reconocen ciertas acciones como la referencia al nivel hospitalario y la toma de exámenes.

Se detecta deficiente promoción del servicio de AOE, ya que a pesar que el personal de salud afirma que esta es proporcionada oportunamente, la población no reconoce este servicio.

El personal de salud no hace mención de la existencia e implementación de la hoja de tamizaje de violencia que sí se menciona en el nivel regional, a pesar de existir el mandato expreso en la LEIV de garantizar las medidas específicas en el ámbito de los servicios de salud pública para la detección temprana en los casos de violencia contra las mujeres así como su reconocimiento como objetivo de los servicios de salud pública.

Existe una fuerte percepción en la población del ejercicio de violencia institucional por parte de los servidores de salud en la atención a víctimas de violencia basada en género.

La mayoría de la población consultada no reconoce acciones impulsadas por el MINSAL para la difusión de información sobre violencia contra las mujeres basada en género.

En la Zona Paracentral, el personal de salud debe notificar al CONNA si las víctimas de violencia sexual son niñas, niños y adolescentes, a quienes se refiere como "menores". Sin embargo, señala que se enfrentan al problema que el personal del CONNA revela información sobre las personas que han realizado dicho aviso, por lo que el personal de salud se limita a cumplir con dicha obligación.

En el ámbito local, el personal de salud no identifica las relaciones de poder como causas de la violencia basada en género, por el contrario, su concepción de la violencia está basada en explicaciones moralistas que reflejan la existencia de mitos.



VII. Bibliografía

- Asamblea Legislativa de El Salvador: Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres. Decreto No. 520, fecha: 25/11/2010, publicado en el D.O. No. 02, Tomo 390 del 04/01/2011.
- Género, Diversidad e Igualdad: Agencia Consultora. Definiciones. <http://www.gdeca.org/definiciones.html#diversidad>
- Ministerio de Salud de El Salvador. Carta de Derecho a la Participación y Ejercer la Contraloría Social. Tomado de: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/unidad_derecho_salud/cartas_derechos/Carta_Derecho_a_la_participacion_y_ejercer_la_contraloria_social.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos Técnicos del Promotor y Promotoras de Salud en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Tomado de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_promotores_redes_integradas_servicios_de_salud_v4.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales. Dirección de Regulación. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención "Manual de Organización y Funcionamiento" 1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A. http://www.hospitalsanrafael.salud.gob.sv/archivos/pdf/Manual_De_Organizacion_Y_Funciones_De_Las_RIISS.pdf
- Ministerio de Salud de El Salvador. Política Nacional de Participación Social en Salud. Acuerdo N° 1889, tomado el día 7 de diciembre de 2012. Publicado en el Diario Oficial N° 235, Tomo 397, del 14 de diciembre de 2012.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do Para".
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 2011. Consultado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2015). Nota descriptiva N° 110, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- PNUD. Guía Metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo, Emakunde, Vitoria-Gasteiz, 1998. En Proyecto América Latina Genera. "Género, Derechos y Desarrollo Humano". PNUD. San Salvador. 2007.

- Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Informe Especial sobre el estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador. El Salvador. Consultado en: file:///C:/Users/Ethel/Downloads/informe_pddh_unfpa_091015_ch_final.pdf.
- UNESCO. Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All. UNESCO, 2005. Pág. 12. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001402/140224e.pdf>
- Velásquez, Susana. Violencia cotidiana, violencia de género. Escuchar, comprender y ayudar. Primera Edición y Primera Reimpresión. Paidós, Buenos Aires. 2004.
- Dr. Mario Ernesto Soriano. Coordinador de la Unidad de Atención de Adolescentes. Ministerio de Salud.
- Dr. Renzo Castillo. Director Regional de Salud Zona Paracentral. Ministerio de salud.
- Dra. Jeannette Alvarado. Directora del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud.
- Mtra. Silvia Ethel Matus Avelar, Técnica de la Unidad de Género. Ministerio de Salud.
- Dr. Joaquín Rivas Aparicio. Jefe de Planificación Familiar. Hospital Santa Teresa, Zacatecoluca.
- Claudia Lorena Ramírez, Enfermera Clínica TAR. Hospital Santa Teresa, Zacatecoluca.
- Margarita Rivas, Centro de Estudios de Género, Universidad de El Salvador.



VIII. Anexos

Anexo 1. Carta Metodológica Talleres de Consulta para personas servidoras de SSSR

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Eje temático: | Prácticas en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo aquellas que constituyen barreras o limitantes para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) de manera inclusiva, con calidad y calidez. | | |
| Objetivos Generales: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las principales limitantes en la prestación de los servicios de SSSR vistas desde las perspectivas de los prestadores. 2. Identificar las prácticas desde los prestadores de servicios de SSSR que constituyen barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. | | |
| Actividades | Objetivo Específico | Técnicas | Procedimiento |
| Inscripción, objetivos y bienvenida | Crear un espacio amigable para las personas participantes. | Expositiva | Una persona de ORMUSA contextualiza la jornada, da a conocer los objetivos y presenta al equipo consultor. El equipo consultor explicará la metodología, incluyendo la definición de las DAAC. |
| Conformación de Grupos | Promover la participación de todas las personas participantes con la finalidad de incorporar sus diferentes perspectivas. | Dinámica del rompecabezas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se entregó una pieza de un rompecabezas a cada persona participante y se indicó que conforme un grupo con las personas que completan su imagen. Al final de la dinámica deberán haber 7 parejas, tríos o grupos. |
| Preguntas generadoras por componentes | Generar debate sobre las principales limitantes en la prestación de los servicios de SSSR y sobre las prácticas de SSSR que constituyen barreras para el acceso a dichos servicios. | Trabajo grupal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se les entregará una lista de preguntas que corresponda a uno de los componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (Ver matriz de preguntas de investigación). 2. En grupo deberán responder a cada una de estas preguntas atendiendo a las siguientes premisas: <ul style="list-style-type: none"> • Posicionarse desde su identidad de prestadoras y prestadores de servicio al momento de responder a las preguntas. • Registrar todas las opiniones, sin intentar llegar a consensos, ya que el objetivo es recoger la mayor diversidad de opiniones, percepciones, experiencias y conocimientos. • Considerar el enfoque de inclusión, teniendo presente las experiencias de mujeres, adolescentes, jóvenes, LGBTI, indígenas, personas trabajadoras sexuales, personas viviendo con VIH, personas con discapacidad, personas adultas mayores. • El período a explorar sería de junio 2014 a la fecha. |

| | | | | |
|-------------------------|--|----------------|--|----------------------|
| Análisis de DAAC | Motivar el análisis de los componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva a partir de las características DAAC. | Trabajo Grupal | Se solicitará que al terminar de responder las preguntas, valoren y tomen acuerdos sobre la situación del componente analizado, en su región, considerando las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad, • Accesibilidad, • Aceptabilidad • De calidad. | 10:00 – 10:45 |
| Receso | | | | 10:45 – 11:00 |
| Plenaria | Identificar conclusiones por componente. | Expositiva | Una persona por cada grupo expondrá las conclusiones y recomendaciones con base al análisis DAAC que puedan haber surgido del trabajo grupal. Después de cada exposición, se abrirá un espacio para el aporte o preguntas de los otros grupos o el equipo consultor. | 11:00 a 12:00 |



Anexo 2. Carta Metodológica Talleres de Consulta para sociedad civil

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| Eje temático: | Prácticas en salud sexual y salud reproductiva, incluyendo aquellas que constituyen barreras o limitantes para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSSR) de manera inclusiva, con calidad y calidez. | | |
| Objetivos Generales: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las prácticas de los prestadores de servicios de SSSR que constituyen barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. 2. Conocer las principales demandas en SSSR de las personas, especialmente mujeres, adolescentes y jóvenes, incorporando los enfoques de género, generacional, diversidad e inclusión. | | |
| Actividades | Objetivo Específico | Técnicas | Procedimiento |
| Inscripción, objetivos y bienvenida | Crear un espacio amigable para las personas participantes. | Expositiva | Una persona de ORMUSA contextualiza la jornada, da a conocer los objetivos y presenta al equipo consultor. El equipo consultor explicará la metodología, incluyendo la definición de las DAAC. |
| Conformación de Grupos | Promover la participación de todas las personas participantes con la finalidad de incorporar sus diferentes perspectivas. | Dinámica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se pide a personas participantes que se dividan en dos grupos: hombres y mujeres, cada grupo debe ordenarse por edad de mayor a menor, de los grupos de 24 a 35 años se conforman dos grupos de un promedio de 10 personas cada uno, un grupo de hombres un grupo de mujeres, los 5 grupos restantes se conforman según la línea de tiempo 5 mujeres y 5 hombres de cada grupo de edad. Al final de la dinámica se conformaran 7 grupos. 1 grupo solamente de mujeres, 1 grupo solamente de hombres y 5 grupos mixtos en cuanto al sexo. |
| Preguntas generadoras por componentes | Facilitar la identificación de demandas en SSSR. | Café mundial | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se les entregará una lista de preguntas que corresponda a uno de los componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (Ver matriz de preguntas de investigación). 2. En grupo deberán responder a cada una de estas preguntas atendiendo a las siguientes premisas: <ul style="list-style-type: none"> • Que se posicionen desde su identidad al momento de responder a las preguntas. • Registrar todas las opiniones, sin intentar llegar a consensos, ya que el objetivo es recoger la mayor diversidad de opiniones, percepciones, experiencias y conocimientos. |
| | | | Tiempo |
| | | | 15 m |
| | | | 15 m |
| | | | 90 m |

| | | | | | |
|-------------------------|--|----------------|---|---|-------------|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Considerar el enfoque de inclusión, teniendo presente las experiencias de mujeres, adolescentes, jóvenes, LGBTI, indígenas, personas trabajadoras sexuales, personas viviendo con VIH, personas con discapacidad, personas adultas mayores. • El período a explorar sería de junio 2014 a la fecha. <p>Se darán 30 minutos por cada componente para la primera ronda y 10 minutos para las rondas de revisión.</p> | 15 m |
| Análisis de DAAC | Motivar el análisis de los componentes de la Salud Sexual y Salud Reproductiva a partir de las características DAAC. | Trabajo Grupal | El grupo que inició el análisis del componente, valorará y tomará acuerdos sobre la situación del componente analizado, en su municipio, considerando las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad, • Accesibilidad, • Aceptabilidad • De calidad. | 45 m | |
| Plenaria | Identificar conclusiones por componente. | Expositiva | Una persona por cada grupo expondrá las conclusiones y recomendaciones con base al análisis DAAC que puedan haber surgido del trabajo grupal. Después de cada exposición, se abrirá un espacio para el aporte o preguntas de los otros grupos o el equipo consultor. | 60 m | |



Anexo 3. Matriz de preguntas de Investigación

| Componente | Prestadores y prestadoras de servicios de salud LOCAL. | Prestadores y prestadoras de servicios de salud NACIONAL. | Sociedad civil. |
|---|--|--|---|
| <p>1. Promoción de la Educación Sexual Integral.</p> | <p>1. ¿Cuáles campañas se han impulsado a nivel municipal para la prevención de ITS y vih? ¿Considera que los recursos han sido suficientes? ¿el personal prestador de servicios ha sido capacitado para el impulso de la campaña?</p> <p>2. ¿Ha observado incremento de la demanda en servicios de salud sexual y reproductiva con el impulso de campañas de prevención?</p> <p>3. ¿Qué acciones han impulsado en su municipio para la prevención de embarazos en adolescentes?</p> <p>4. ¿Cómo se garantiza el derecho de todas las personas, sin discriminación, a la Educación Integral de la Sexualidad?</p> <p>5. ¿Se viabiliza que todas las personas puedan ejercer su derecho a una educación e información suficientes, para garantizar que cualquier decisión relacionada con su vida sexual y reproductiva, se tome con un consentimiento pleno, libre e informado?</p> <p>6. ¿Se garantiza a todas las personas el derecho al acceso a la información, educación y medios que necesiten para poder decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos, así como para decidir, de manera responsable y libre, el número y espaciamiento de sus hijos?</p> | <p>1. ¿Qué acciones de prevención de ITS y vih están realizando a nivel nacional con énfasis en el Departamento de La Paz?</p> <p>2. ¿Qué acciones impulsa el MINSAL para la prevención de embarazos en adolescentes?</p> <p>3. ¿Cómo se garantiza el derecho de todas las personas, sin discriminación, a la Educación Integral de la Sexualidad?</p> <p>4. ¿Se viabiliza que todas las personas puedan ejercer su derecho a una educación e información suficientes, para garantizar que cualquier decisión relacionada con su vida sexual y reproductiva, se tome con un consentimiento pleno, libre e informado?</p> <p>5. ¿Se garantiza a todas las personas el derecho al acceso a la información, educación y medios que necesiten para poder decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos, así como para decidir, de manera responsable y libre, el número y espaciamiento de sus hijos?</p> <p>6. ¿Se garantiza a las mujeres el derecho a la información, educación y servicios necesarios para la protección de su salud reproductiva y maternidad segura?</p> <p>7. ¿Se garantiza el derecho de todas las personas al acceso a la información</p> | <p>1. ¿Cuáles acciones de prevención de ITS y vih están realizando en su municipio?</p> <p>2. ¿Conocen de acciones impulsadas por el MINSAL para la prevención de embarazos en adolescentes?</p> <p>3. ¿Cómo se garantiza el derecho de todas las personas, sin discriminación, a la Educación Integral de la Sexualidad?</p> <p>4. ¿Se viabiliza que todas las personas puedan ejercer su derecho a una educación e información suficientes, para garantizar que cualquier decisión relacionada con su vida sexual y reproductiva, se tome con un consentimiento pleno, libre e informado?</p> <p>5. ¿Se garantiza a todas las personas el derecho al acceso a la información, educación y medios que necesiten para poder decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos, así como para decidir, de manera responsable y libre, el número y espaciamiento de sus hijos?</p> <p>6. ¿Se garantiza a las mujeres el derecho a la información, educación y servicios necesarios para la protección de su salud reproductiva y maternidad segura?</p> <p>7. ¿Se garantiza el derecho de todas las personas al acceso a la información</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | <p>de sus hijos, tanto biológicos como adoptados?</p> <p>7. ¿Se garantiza a las mujeres el derecho a la información, educación y servicios necesarios para la protección de su salud reproductiva y maternidad segura?</p> <p>8. ¿Se garantiza el derecho de todas las personas al acceso a la información sobre derechos sexuales, orientación sexual, sexualidad e identidad de género en relación con la salud?</p> <p>9. ¿A través de qué medios se garantiza que todas las personas ejerzan su derecho a desarrollar habilidades con el fin de negociar relaciones más sólidas y más equitativas?</p> <p>10. ¿Se provee a todas las personas en el sistema escolar acceso a información relacionada con la sexualidad?</p> | <p>personas al acceso a la información sobre derechos sexuales, orientación sexual, sexualidad e identidad de género en relación con la salud?</p> <p>8. ¿A través de qué medios se garantiza que todas las personas ejerzan su derecho a desarrollar habilidades con el fin de negociar relaciones más sólidas y más equitativas?</p> | <p>sobre derechos sexuales, orientación sexual, sexualidad e identidad de género en relación con la salud?</p> <p>8. ¿Cuáles son los impedimentos para que las personas ejerzan su derecho a explorar su sexualidad³³?</p> <p>9. ¿Se garantizan los medios para que todas las personas ejerzan su derecho a desarrollar habilidades con el fin de negociar relaciones más sólidas y más equitativas?</p> |
| <p>2. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido vih.</p> | <p>1. ¿Se proveen las condiciones para que todas las personas ejerzan su derecho a la práctica del sexo más seguro, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el vih?</p> <p>2. ¿Se garantiza el acceso de todas las personas, incluyendo las y los trabajadores sexuales a los servicios de salud y al apoyo y protección necesarios para poder insistir en prácticas de sexo más seguro con todas sus parejas y clientes?</p> <p>3. ¿Se protege la confidencialidad de las personas que viven con vih?</p> <p>4. ¿Se garantiza a todas las personas el derecho a la educación dirigida a</p> | <p>1. ¿Se proveen las condiciones para que todas las personas ejerzan su derecho a la práctica del sexo más seguro, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el vih?</p> <p>2. ¿Se garantiza el acceso de todas las personas, incluyendo las y los trabajadores sexuales a los servicios de salud y al apoyo y protección necesarios para poder insistir en prácticas de sexo más seguro con todas sus parejas y clientes?</p> <p>3. ¿Se protege la confidencialidad de las personas que viven con vih?</p> <p>4. ¿Se garantiza a todas las personas el derecho a la educación dirigida a</p> | <p>1. ¿Se proveen las condiciones para que todas las personas ejerzan su derecho a la práctica del sexo más seguro, para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el vih?</p> <p>2. ¿Se garantiza el acceso de todas las personas, incluyendo las y los trabajadores sexuales a los servicios de salud y al apoyo y protección necesarios para poder insistir en prácticas de sexo más seguro con todas sus parejas y clientes?</p> <p>3. ¿Se protege la confidencialidad de las personas que viven con vih?</p> <p>4. ¿Se garantiza a todas las personas el derecho a la educación dirigida a</p> |

³³ Libres de temor, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros impedimentos para la libre expresión de sus deseos, con plena conciencia por los derechos de otras personas



| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>3. Educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos.</p> | <p>erradicarelestigma y la discriminación por vih y orientación o prácticas sexuales?</p> <p>5. ¿Se cuenta con personal entrenado en técnicas de consejería para asesoramiento sobre ITS y vih?</p> <p>6. ¿Dispone el MINSAL de pruebas de vih?</p> <p>7. ¿Existe disponibilidad de métodos de barrera en su establecimiento de salud?</p> <p>8. ¿Realizan referencia a grupos de apoyo para personas que viven con vih y sus familiares?</p> <p>9. ¿Qué acciones realizan en caso de riesgo laboral ante exposición al vih?</p> | <p>erradicarelestigma y la discriminación por vih y orientación o prácticas sexuales?</p> <p>5. ¿Se cuenta con personal entrenado en técnicas de consejería para asesoramiento sobre ITS y vih?</p> <p>6. ¿Disponen el MINSAL de pruebas de vih?</p> <p>7. ¿Existe disponibilidad de métodos de barrera en los establecimientos del MINSAL?</p> <p>8. ¿Existen grupos de apoyo para personas que viven con vih y sus familiares?</p> <p>9. ¿Qué acciones realizan en caso de riesgo laboral ante exposición al vih?</p> | <p>erradicarelestigma y la discriminación por vih y orientación o prácticas sexuales?</p> <p>5. ¿Ha recibido servicios de consejería del personal del MINSAL sobre ITS y vih?</p> <p>6. ¿En su municipio la población se practica pruebas de vih? Razone su respuesta.</p> <p>7. ¿Existe disponibilidad de condones de forma gratuita, para todas las personas, sin restricciones, en su municipio?</p> <p>8. ¿Saben de la existencia de grupos de apoyo para personas que viven con vih y sus familiares?</p> |
| <p>3. Educación y servicios de atención prenatal, parto seguro y posparto, incluyendo las actuaciones del personal de salud con respecto a la atención de emergencias vinculadas con abortos.</p> | <p>1. ¿Cuáles su valoración con respecto a la mortalidad materna en su municipio?</p> <p>¿Qué se puede hacer para prevenirla?</p> <p>2. ¿Qué tratamiento reciben las mujeres que presentan un aborto?</p> <p>3. ¿Se cuenta con los medicamentos esenciales para atender las complicaciones relacionadas con el embarazo en su establecimiento de salud?</p> <p>4. ¿Qué tratamiento reciben las mujeres cuando está en peligro su salud o su vida por causa del embarazo?</p> <p>5. ¿Cómo se garantiza el acceso a servicios de salud materna, satisfaciendo las necesidades de las mujeres en los sectores con alta tasa de mortalidad materna tales como niñas, adolescentes, población en condición de pobreza, mujeres</p> | <p>1. ¿Cuál es su valoración con respecto a la mortalidad materna en el país?</p> <p>¿Qué se puede hacer para prevenirla?</p> <p>2. ¿Qué tratamiento reciben las mujeres que presentan un aborto?</p> <p>3. ¿Qué tratamiento reciben las mujeres cuando está en peligro su salud o su vida por causa del embarazo?</p> <p>4. ¿Se cuenta con los medicamentos esenciales para atender las complicaciones relacionadas con el embarazo a nivel nacional?</p> <p>5. ¿Cómo se garantiza el acceso a servicios de salud materna, satisfaciendo las necesidades de las mujeres en los sectores con alta tasa de mortalidad materna tales como niñas, adolescentes, población en condición de pobreza, mujeres indígenas, trabajadoras inmigrantes,</p> | <p>1. ¿Conoce de algún caso en que se haya negado el servicio de salud sexual y/o reproductiva a una persona o grupo de personas? Comente.</p> <p>2. ¿Mueren las mujeres por causas asociadas al embarazo en su municipio? ¿Cuáles son esas causas?</p> <p>3. ¿Qué tratamiento reciben las mujeres que presentan un aborto?</p> <p>4. ¿Qué tratamiento reciben las mujeres cuando está en peligro su salud o su vida por causa del embarazo?</p> <p>5. ¿Se cuenta con los medicamentos esenciales para atender las complicaciones relacionadas con el embarazo en su Municipio?</p> <p>6. ¿Considera que se garantiza el acceso a servicios de salud materna, satisfaciendo las necesidades de las mujeres en los sectores con alta</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>indígenas, trabajadoras inmigrantes, mujeres rurales?</p> <p>6. ¿Ha asistido personal de su establecimiento de salud a capacitaciones o entrenamiento en atención de salud materna?</p> <p>7. ¿Qué medidas toman en su establecimiento de salud cuando una persona prestadora de servicios se niega a brindar el servicio por motivos de su religión o criterio moral?</p> <p>8. ¿Emprenden en su establecimiento de salud, programas de asesoramiento a las madres por primera vez, con énfasis en adolescentes?</p> | <p>mujeres rurales?</p> <p>6. ¿Cuenta el MINSAL con programas de capacitación al personal de salud sobre atención de salud materna?</p> <p>7. ¿Qué acciones toma el MINSAL para prevenir el trato abusivo contra las mujeres y niñas?</p> <p>8. ¿Qué medidas toma el MINSAL cuando una persona prestadora de servicios se niega a brindar el servicio que le compete por motivos de su religión o criterio moral?</p> <p>9. ¿Emprenden el MINSAL, programas de asesoramiento a las madres por primera vez, con énfasis en adolescentes?</p> | <p>tasa de mortalidad materna tales como niñas, adolescentes, población en condición de pobreza, mujeres indígenas, trabajadoras inmigrantes, mujeres rurales?</p> <p>7. ¿Cómo valora el trato que da el personal de salud a las mujeres embarazadas de todas las edades?</p> <p>8. ¿Qué harían si tuvieran conocimiento de casos de violencia durante el embarazo y parto ejercido por prestadores o prestadoras de servicios de salud?</p> <p>9. ¿Conocen de ofertas de, programas de asesoramiento a las madres por primera vez, con énfasis en adolescentes?</p> |
| <p>4. Acceso a información y servicios en salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de anticoncepción</p> | <p>1. ¿Se provee la información para que todas las personas ejerzan su derecho a la práctica del sexo más seguro?</p> <p>2. ¿Cómo se garantiza el derecho de todas las personas a tomar decisiones responsables y libres relacionadas con la reproducción y formación de su familia incluyendo el derecho a decidir si tener o no hijos?</p> <p>3. ¿Se asegura que las mujeres reciban información completa y precisa para garantizar su consentimiento libre y consciente a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización?</p> <p>4. ¿Se solicita el consentimiento de familiares, cónyuges y otras personas para obtener servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>5. ¿En qué situaciones de riesgo</p> | <p>1. ¿Se provee la información para que todas las personas ejerzan su derecho a la práctica del sexo más seguro, para la prevención del embarazo?</p> <p>2. ¿Se garantiza el acceso de todas las personas, incluyendo las y los trabajadores sexuales a los servicios de salud y al apoyo y protección necesarios para poder insistir en prácticas de sexo más seguro con todas sus parejas y clientes?</p> <p>3. ¿Cómo se garantiza el derecho de todas las personas a tomar decisiones responsables y libres relacionadas con la reproducción y formación de su familia incluyendo el derecho a decidir si tener o no hijos?</p> <p>4. ¿En qué situaciones de riesgo recomendaría la anticoncepción oral</p> | <p>1. ¿Se provee la información para que todas las personas ejerzan su derecho a la práctica del sexo más seguro, para la prevención del embarazo?</p> <p>2. ¿Mencione las prácticas de sexo seguro?</p> <p>3. ¿Conoce si el establecimiento de salud de su municipio asesora a todas las personas para decidir si tener hijos o no y cuándo tenerlos?</p> <p>4. ¿Puede explicar cómo se usa la AOE y en qué situaciones debe recomendarse?</p> <p>5. ¿Conoce de casos en que se haya negado la AOE, en una situación de riesgo? Explique, ¿Cuáles son los principales obstáculos para acceder al servicio de AOE?</p> <p>6. ¿Conoce si las mujeres reciben</p> |



| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>recomendaría la anticoncepción oral de emergencia (AOE)? ¿Cuáles son los principales obstáculos para garantizar el servicio de AOE?</p> <p>6. ¿Se proporciona a las personas la información completa y comprensible, a fin que puedan elegir y decidir utilizar lo que consideraran más conveniente como método anticonceptivo?</p> <p>7. ¿Cuáles métodos anticonceptivos ofrecen en su establecimiento de salud? Especificar cuál es la oferta anticonceptiva dirigida a adolescentes en su localidad.</p> <p>8. ¿Cómo se garantiza la confidencialidad de la información sobre el cuidado de la salud de las personas?</p> <p>9. ¿Cómo se garantiza a todas las personas viviendo en contexto de pandillas, el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva?</p> <p>10. ¿Existe suficiente abastecimiento para garantizar el acceso al tratamiento médico para la atención a la salud sexual y reproductiva?</p> <p>11. ¿Cómo se asegura que adolescentes, jóvenes, LGBTI, indígenas, personas trabajadoras sexuales, personas viviendo con VIH, personas con discapacidad, personas adultas mayores, tengan acceso a todos los servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>12. ¿Cuál es la normativa, protocolos o lineamientos para atender a la comunidad LGBTI?</p> | <p>de emergencia (AOE)? ¿Cuáles son los principales obstáculos para garantizar el servicio de AOE?</p> <p>5. ¿Se asegura que las mujeres reciban información completa y precisa para garantizar su consentimiento libre y consciente a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización?</p> <p>6. ¿Se solicita el consentimiento de familiares, cónyuges y otras personas para obtener servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>7. ¿Se proporciona a las personas la información completa y comprensible, a fin que puedan elegir y decidir utilizar lo que consideraran más conveniente como método anticonceptivo?</p> <p>8. ¿Cuáles métodos anticonceptivos ofrecen en el sistema de salud?</p> <p>9. ¿Cuál es la oferta anticonceptiva del MINSAL dirigida a adolescentes?</p> <p>10. ¿Cómo se garantiza la confidencialidad de la información sobre el cuidado de la salud de las personas?</p> <p>11. ¿Cómo se garantiza a todas las personas viviendo en contexto de pandillas, el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva?</p> <p>12. ¿Existe suficiente abastecimiento para garantizar el acceso al tratamiento médico para la atención a la salud sexual y reproductiva?</p> <p>13. ¿Cómo se asegura que trabajadoras y trabajadores sexuales tengan acceso reproductiva?</p> | <p>información completa y precisa para garantizar su consentimiento libre y consciente a métodos anticonceptivos, incluida la esterilización? Explique.</p> <p>7. ¿Se solicita el consentimiento de familiares, cónyuges y otras personas para obtener servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>8. ¿Considera que el establecimiento de salud proporciona información completa y comprensible, a fin que pueda elegir y decidir utilizar lo que considera más conveniente como método anticonceptivo? Explique</p> <p>9. ¿Cuáles métodos anticonceptivos les ofrecen en los establecimientos de salud de su localidad?</p> <p>10. ¿Se garantiza la confidencialidad de la información sobre el cuidado de la salud de las personas?</p> <p>11. ¿Cómo se garantiza a todas las personas viviendo en contexto de pandillas, el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva?</p> <p>12. ¿Siempre existe tratamiento médico para la atención a la salud sexual y reproductiva?</p> <p>13. ¿Cómo se asegura que trabajadoras y trabajadores sexuales tengan acceso a todos los servicios de salud sexual y reproductiva?</p> <p>14. ¿Cuáles servicios de salud son negados, por discriminación basada en motivo de sexo, edad, orientación, identidad o práctica sexual, trabajo sexual, posición económica,</p> |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---|--|--|---|
| | <p>13. ¿Existen protocolos de actuación interinstitucional para referencia y contra-referencia en cuanto a la salud sexual y reproductiva?</p> | <p>14. ¿Cuál son la normativa, protocolos o lineamientos para atender a la comunidad LGBTI?</p> <p>15. ¿Existen protocolos de actuación interinstitucional para referencia y contra-referencia en cuanto a la salud sexual y reproductiva?</p> | <p>discapacidad, estado de salud, incluido el VIH y religión?</p> |
| <p>5. Atención especializada en salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescente.³⁴</p> | <p>1. ¿Cómo se protege la información de las adolescentes y jóvenes contra la divulgación arbitraria o amenazas de divulgación arbitraria de su situación de salud?</p> <p>2. ¿Qué medidas toman para controlar la divulgación de la información de todas las personas adolescentes y jóvenes en relación con sus preferencias sexuales, historia sexual, parejas y comportamientos sexuales y otros asuntos relacionados con la sexualidad?</p> <p>3. ¿Se reconoce y trata con la debida consideración ejercicio progresivo de las facultades de las personas jóvenes?</p> <p>4. ¿Cómo protege y garantiza el Estado el derecho de las y los adolescentes y jóvenes a la privacidad necesaria para ejercer su autonomía sexual?</p> <p>5. ¿Se permite a todas las y los adolescentes y jóvenes, ejercer su derecho a la autonomía sexual y tomar decisiones acerca de su sexualidad, comportamiento sexual e intimidad sin interferencia arbitraria?</p> <p>6. ¿Se provee acceso a la gente joven en particular a información sobre</p> | <p>1. ¿Cómo se protege la información de las adolescentes y jóvenes contra la divulgación arbitraria o amenazas de divulgación arbitraria de su situación de salud?</p> <p>2. ¿Qué medidas toman para controlar la divulgación de la información de todas las personas adolescentes y jóvenes en relación con sus preferencias sexuales, historia sexual, parejas y comportamientos sexuales y otros asuntos relacionados con la sexualidad?</p> <p>3. ¿Se reconoce y trata con la debida consideración ejercicio progresivo de las facultades de las personas adolescentes y jóvenes?</p> <p>4. ¿Cómo protege y garantiza el Estado el derecho de las y los adolescentes y jóvenes a la privacidad necesaria para ejercer su autonomía sexual?</p> <p>5. ¿Se permite a todas las y los adolescentes y jóvenes, ejercer su derecho a la autonomía sexual y tomar decisiones acerca de su sexualidad, comportamiento sexual e intimidad sin interferencia arbitraria?</p> <p>6. ¿Se proveen las oportunidades</p> | <p>1. ¿Se proveen las oportunidades para que todas las personas y la gente joven en particular ejerzan su derecho a aportar a los programas de Educación Integral de la Sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad?</p> <p>2. ¿Qué medidas toman para controlar la divulgación de la información de todas las personas adolescentes y jóvenes en relación con sus preferencias sexuales, historia sexual, parejas y comportamientos sexuales y otros asuntos relacionados con la sexualidad?</p> <p>3. ¿Conoce situaciones en que una persona prestadora de servicios de salud ha revelado a terceros información sobre la situación de salud o estatus de las personas jóvenes?</p> <p>4. ¿Se reconoce y trata con la debida consideración a personas adolescentes y jóvenes de acuerdo a sus necesidades de forma oportuna?</p> <p>5. ¿Cómo protege y garantiza el Estado el derecho de las y los adolescentes y jóvenes a la privacidad necesaria para ejercer su autonomía sexual?</p> |

³⁴ Claves para servicios amigables para las personas adolescentes y jóvenes: Entender la capacidad evolutiva, Garantizar la confidencialidad, Obtener consentimiento informado, Celebrar la diversidad, Adoptar una visión positiva de la sexualidad. Fuente: http://www.ippf.org/sites/default/files/introduction_es_web_0.pdf



| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>6. Garantizar la participación ciudadana con enfoque inclusivo, en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> | <p>estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad y género y sobre relaciones sexuales?</p> <p>7. ¿Se proveen las oportunidades para que todas las personas y la gente joven en particular ejerzan su derecho a aportar a los programas de Educación Integral de la Sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad?</p> <p>8. Se brinda asesoramiento para el consentimiento informado y se suministra a las adolescentes y jóvenes suficiente información para que pueda tomar decisiones informadas.</p> <p>9. ¿Según su experiencia, cómo deberían vivir la sexualidad las personas jóvenes?</p> | <p>para que todas las personas y la gente joven en particular ejerzan su derecho a aportar a los programas de Educación Integral de la Sexualidad y a las políticas relacionadas con la sexualidad?</p> <p>7. ¿Se provee acceso a la gente joven en particular a información sobre estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad y género y sobre relaciones sexuales?</p> <p>8. Se brinda asesoramiento para el consentimiento informado y se suministra a las adolescentes y jóvenes suficiente información para que pueda tomar decisiones informadas.</p> <p>9. ¿Según su experiencia, cómo deberían vivir la sexualidad las personas jóvenes?</p> | <p>6. ¿Se permite a todas las y los adolescentes y jóvenes, ejercer su derecho a la autonomía sexual y tomar decisiones acerca de su sexualidad, comportamiento sexual e intimidad sin interferencia arbitraria?</p> <p>7. ¿Se provee acceso a la gente joven en particular a información sobre estilos de vida no convencionales en cuanto a sexualidad y género y sobre relaciones sexuales?</p> <p>8. Se brinda asesoramiento para el consentimiento informado y se suministra a las adolescentes y jóvenes suficiente información para que pueda tomar decisiones informadas.</p> <p>9. ¿Piensa que las personas proveedoras y trabajadoras de los servicios de salud, tienen una visión positiva sobre la sexualidad de las personas adolescentes y jóvenes?</p> |
| | <p>1. ¿Existen mecanismos para la participación de todas las personas en el diseño ejecución y evaluación de políticas, programas y servicios referentes a la salud sexual y reproductiva en su municipio? Mencione cuáles son esos mecanismos.</p> <p>2. ¿Se provee el derecho de acceso a todas las personas a mecanismos efectivos para la rendición de cuentas, incluyendo violencia sexual y basada en género?</p> <p>3. ¿Realizan ejercicios de monitoreo</p> | <p>1. ¿Existen mecanismos para la participación de todas las personas en el diseño ejecución y evaluación de políticas, programas y servicios referentes a la salud sexual y reproductiva en el sistema de salud? Mencione cuáles son esos mecanismos.</p> <p>2. ¿Se provee el derecho de acceso a todas las personas a mecanismos efectivos para la rendición de cuentas, incluyendo violencia sexual y basada en género?</p> <p>3. ¿Realizan ejercicios de monitoreo</p> | <p>1. ¿Existen mecanismos para la participación de todas las personas en el diseño ejecución y evaluación de políticas, programas y servicios referentes a la salud sexual y reproductiva en su municipio? Mencione cuáles son esos mecanismos.</p> <p>2. ¿Se provee el derecho de acceso a todas las personas a mecanismos efectivos para la rendición de cuentas, incluyendo violencia sexual y basada en género?</p> <p>3. ¿Realizan ejercicios de monitoreo</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>o contraloría para verificar la implementación de los derechos sexuales?</p> <p>4. ¿Se garantiza el derecho de todas las personas, sin discriminación, a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos?</p> <p>5. ¿Se proveen los mecanismos para que todas las personas puedan reclamar la rendición de cuentas a actores no pertenecientes al Estado, cuyas acciones u omisiones tengan impacto sobre su disfrute de los derechos sexuales?</p> <p>6. ¿Se promueve el desarrollo de las mujeres, personas jóvenes, población LGBTI, trabajadoras sexuales, personas con discapacidad, personas viviendo con VIH, personas adultas mayores; personas indígenas; como actores informados para que asuman la responsabilidad de sus vidas y les empodere para participar en la determinación de políticas relativas a la salud sexual y a la educación en sexualidad?</p> <p>7. ¿Se cuenta con mecanismos para que las personas jóvenes contribuyan y compartan responsabilidades para el desarrollo de políticas y programas encaminados a proteger, promover y lograr que se garantice su salud y sus derechos sexuales y reproductivos?</p> | <p>o contraloría para verificar la implementación de los derechos sexuales?</p> <p>4. ¿Se garantiza el derecho de todas las personas, sin discriminación, a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos?</p> <p>5. ¿Se proveen los mecanismos para que todas las personas puedan reclamar la rendición de cuentas a actores no pertenecientes al Estado, cuyas acciones u omisiones tengan impacto sobre su disfrute de los derechos sexuales?</p> <p>6. ¿Se promueve el desarrollo de las mujeres, personas jóvenes, población LGBTI, trabajadoras sexuales, personas con discapacidad, personas viviendo con VIH, personas adultas mayores; personas indígenas; como actores informados para que asuman la responsabilidad de sus vidas y les empodere para participar en la determinación de políticas relativas a la salud sexual y a la educación en sexualidad?</p> <p>7. ¿Se cuenta con mecanismos para que las personas jóvenes contribuyan y compartan responsabilidades para el desarrollo de políticas y programas encaminados a proteger, promover y lograr que se garantice su salud y sus derechos sexuales y reproductivos?</p> | <p>o contraloría para verificar la implementación de los derechos sexuales?</p> <p>4. ¿Se garantiza el derecho de todas las personas, sin discriminación, a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos?</p> <p>5. ¿Se proveen los mecanismos para que todas las personas puedan reclamar la rendición de cuentas a actores no pertenecientes al Estado, cuyas acciones u omisiones tengan impacto sobre su disfrute de los derechos sexuales?</p> <p>6. ¿Se promueve el desarrollo de las mujeres, personas jóvenes, población LGBTI, trabajadoras sexuales, personas con discapacidad, personas viviendo con VIH, personas adultas mayores; personas indígenas; como actores informados para que asuman la responsabilidad de sus vidas y les empodere para participar en la determinación de políticas relativas a la salud sexual y a la educación en sexualidad?</p> <p>7. ¿Se cuenta con mecanismos para que las personas jóvenes contribuyan y compartan responsabilidades para el desarrollo de políticas y programas encaminados a proteger, promover y lograr que se garantice su salud y sus derechos sexuales y reproductivos?</p> |
|--|--|--|



| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>7. Garantizar la detección, prevención y atención en materia de violencia sexual y violencia basada en género.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles tipos y modalidades de violencia contra las mujeres conoce? 2. ¿Cuáles son sus competencias en el abordaje de la violencia contra las mujeres? 3. ¿Existen protocolos de actuación interinstitucional para referencia y contra-referencia en cuanto a la atención a la violencia sexual? 4. ¿Cómo proceden ante una situación de violación sexual? 5. ¿Se garantiza el acceso a AOE sobre todo en casos de violación sexual? 6. ¿Considera que la violencia basada en género es un problema de salud pública? 7. ¿Cuáles son las causas de la Violencia basada en el género y la violencia sexual? 8. ¿Quiénes suelen ser los agresores en los casos de violencia basada en género y violencia sexual? 9. ¿Existen medidas dentro del sistema de salud para la detección de la violencia basada en género; violencia sexual; delito de trata de personas? 10. ¿Prohíbe el Estado forzar a las personas a someterse a pruebas médicas o confinamiento médico arbitrario por una expresión sexual protegida; orientación sexual; historia o comportamiento sexual, ya sea real o imputado; o de una identidad o expresión de género? | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles tipos y modalidades de violencia contra las mujeres conoce? 2. ¿Cuáles son las competencias del MINSAL en el abordaje de la violencia contra las mujeres? 3. ¿Existen protocolos de actuación interinstitucional para referencia y contra-referencia en cuanto a la atención a la violencia sexual? 4. ¿Cómo proceden ante una situación de violación sexual? 5. ¿Se garantiza el acceso a AOE sobre todo en casos de violación sexual? 6. ¿Considera que la violencia basada en género es un problema de salud pública? 7. ¿Cuáles son las causas de la Violencia basada en el género y la violencia sexual? 8. ¿Quiénes suelen ser los agresores en los casos de violencia basada en género y violencia sexual? | <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles tipos y modalidades de violencia contra las mujeres conoce? 2. ¿Qué deben hacer los diferentes establecimientos de salud del MINSAL, cuando acude una víctima de violencia contra las mujeres? 3. ¿Qué debe hacer la unidad de salud cuando acude una víctima de violencia sexual? 4. ¿Qué conoce sobre el uso de anticoncepción de emergencia para casos de violación sexual? 5. ¿Se garantiza el acceso a AOE sobre todo en casos de violación sexual? 6. ¿Cuáles son las causas de la Violencia basada en el género y la violencia sexual? 7. ¿Quiénes suelen ser los agresores en los casos de violencia basada en género y violencia sexual? 8. ¿Se justifica o excusa al personal de salud que deniega servicios de salud, en casos de violencia, abuso o acoso contra las personas por su decisión, práctica o expresión sexual? 9. ¿Prohíbe el Estado forzar a las personas a someterse a pruebas médicas o confinamiento médico arbitrario por una expresión sexual protegida; orientación sexual; historia o comportamiento sexual, ya sea real o imputado; o de una identidad o expresión de género? |
| <p>Fuente: Elaboración propia con base en criterios de IPPF y UNFPA.</p> | | | |



ORMUSA

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



www.ormusa.org--- Correo: ormusa@ormusa.org

www.facebook.com/ormusa.organizacion

ORMUSA ONG

@ORMUSA_ONG

ormusa.org

www.observatoriodeviolencia.ormusa.org

www.observatoriolaboral.ormusa.org

www.observatoriodederechossexualesyderechosreproductivos.org

www.observatoriodeseguridadciudadanadelasmujeres.org

www.observatoriodelosderechosdelaninezylaadolescencia.org

www.observatoriocentroamericanodeviolencialaboral.org