



**DERECHOS Y SERVICIOS DE SALUD
REPRODUCTIVA:
UNA INTERPRETACIÓN DESDE EL TERRITORIO**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

San Salvador, noviembre de 2018.

Resumen: El Salvador cuenta con estrategias articuladas de salud sexual y reproductiva y, como resultado, ha obtenido logros significativos, como la reducción de la mortalidad materna. Para el país, el problema general radica en cómo sostener esos avances y continuar mejorando la situación de los derechos sexuales y reproductivos. Este informe se enfoca en los derechos reproductivos y tiene por objetivo interpretar, con una mirada desde el territorio, la relación que existe entre estos en cuanto deber ser, por un lado, y el acceso real a servicios e insumos anticonceptivos que brinda el Ministerio de Salud por el otro. Este conocimiento complementa el existente, que es generalmente cuantitativo y agregado, y posibilita intervenciones mejor informadas, así como un mejor entendimiento entre las autoridades de salud y diferentes actores institucionales, sociales y comunitarios que comparten responsabilidad en el desarrollo de la salud reproductiva. La metodología de la investigación fue de tipo cualitativo. Los datos se recopilieron en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, en las regiones de oriente, occidente y metropolitana. Un total de 262 personas participaron en el estudio. Los datos se recolectaron en los meses de junio y julio de 2018. Con respecto a las creencias, actitudes y prácticas los resultados indican que, aunque la concepción del derecho a la salud no sea explícita, cada vez son menos las creencias infundadas acerca de la salud reproductiva. En general, los diferentes métodos de planificación familiar son promovidos sin mayores sesgos y se cree que la educación sexual debe empezar desde temprana edad. Por otra parte, el acercamiento a las comunidades ha sido un factor clave para mejorar los indicadores de salud reproductiva y planificación familiar. Y en cuanto a la provisión de métodos, se reconoce que existe suficiente disponibilidad de anticonceptivos. Cuando se dan casos de insuficiente de métodos en farmacia puede deberse a problemas de coordinación interna en el Ministerio de Salud.

Palabras clave: salud reproductiva, derechos, acceso a servicios, anticonceptivos, territorio.

Contenido:

1	Introducción	1
2	Metodología.....	3
3	Estado de situación	6
3.1	Derechos sexuales y reproductivos.....	6
3.2	Estado de los derechos reproductivos.....	8
3.3	Marco de normas y objetivos.....	10
3.4	Organización y procesos.....	12
3.5	Datos de producción.....	12
4	Hallazgos	13
4.1	Creencias, actitudes y prácticas	13
4.2	Promoción	15
4.3	Calidad de los servicios	18
4.4	Provisión de anticonceptivos.....	20
5	Discusión	21
6	Referencias	23
	Anexo 1. Tablas estadísticas	26

Introducción

Durante el año 2018 la Fundación Maquilishuatl está ejecutando un proyecto de promoción sobre los servicios de salud reproductiva y de provisión de anticonceptivos que presta el Ministerio de Salud. El proyecto es apoyado por Champions of Global Reproductive Rights (una organización basada en Estados Unidos conocida también como PAI) y tiene por objetivo “mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad y fortalecer la disponibilidad asegurada de anticonceptivos”. Una actividad prevista en dicho proyecto es la realización de una investigación que brinde insumos para orientar estrategias de coordinación intersectorial y de incidencia en la materia.

Aunque existen desafíos importantes, El Salvador cuenta con estrategias articuladas de salud sexual y reproductiva y, como resultado, ha obtenido logros significativos, por ejemplo, en la reducción de la mortalidad materna. Sobre dicha aseveración en la sección “Estado de situación” se muestran datos de soporte. Siendo así, el problema general para El Salvador radica en cómo sostener esos avances y continuar mejorando la situación de los derechos sexuales y reproductivos. Ello conlleva considerar que la tarea no es solo responsabilidad de las autoridades de salud, sino también de otras instituciones, de las organizaciones sociales y comunitarias, y en general de la población.

Este informe se enfoca en el acceso a servicios de salud reproductiva e insumos anticonceptivos, dado que ese es el marco del proyecto del cual se deriva. Esto no implica desconocer la importancia y la necesidad de un enfoque integral en materia de derechos sexuales y reproductivos. Más bien de lo que se trata es de avanzar en un área específica del conocimiento bajo las restricciones temporales y financieras de un proyecto, para luego complementarse con futuras investigaciones en otras áreas dentro del campo de la salud sexual y reproductiva.

Se ha identificado que el conocimiento que existe sobre salud reproductiva y acceso a anticonceptivos es más que todo de carácter cuantitativo y agregado. Los informes y los estudios se basan principalmente en las estadísticas de necesidades, oferta, cobertura y resultados (ver por ejemplo Centeno y Cáceres, 2005; Ministerio de Salud, 2017; Ministerio de Salud, Instituto Nacional de la Salud y UNICEF, 2014; Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, 2015). Sin negar la necesidad y el valor de dicho enfoque, por su naturaleza quedan preguntas a las que no se puede dar respuesta, por ejemplo, la de cómo interpretan las personas la calidad de los servicios. Como advierten Rubin y Rubin (2005), citado por Ulin, Robinson, y Tolley (2005), “el campo de la salud pública está lleno de preguntas enigmáticas, relaciones complicadas y acontecimientos que se desarrollan lentamente, fenómenos que dejan lagunas en el conocimiento”. Además, los números agregados ignoran los contextos y tienden a invisibilizar las diferencias, por ejemplo, entre áreas geográficas o segmentos poblacionales. En general, preguntas como “por qué” y “cómo” no pueden ser resueltas por esa vía. Al buscar respuestas a interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad, Ulin et al. (2005) sugieren hacer uso de métodos cualitativos, los que pueden ayudar a “comprender en formas nuevas algunos de estos antiguos problemas” (p. 1).

En ese sentido, el problema específico que se aborda en este informe es la manera cómo se interpreta el acceso a los servicios de salud reproductiva e insumos anticonceptivos en el nivel territorial. Tal interpretación ha sido planteada en relación con las garantías que son necesarias para el ejercicio y goce de los derechos reproductivos. El énfasis está puesto en personas que hacen uso de los programas de atención del componente anticoncepción con que cuenta el Ministerio de Salud o que tienen el potencial de usarlo.

Este trabajo contribuye a producir conocimiento cualitativo sobre concepciones, actitudes y prácticas que configuran la interacción de la población y del personal de salud en lo referente a los derechos reproductivos. Este conocimiento complementa el existente, que como se dijo es generalmente cuantitativo y agregado; y posibilita intervenciones mejor informadas, así como un mejor entendimiento entre las autoridades de salud y diferentes actores institucionales, sociales y comunitarios que comparten responsabilidad en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva en El Salvador.

La pregunta general que orientó la preparación de este informe es cómo se interpreta desde el territorio la relación de los derechos reproductivos con el acceso a servicios de salud reproductiva e insumos anticonceptivos que brinda el Ministerio de Salud. De ella se derivaron preguntas específicas, como: cuáles son las creencias y actitudes que manifiestan las personas usuarias y el personal encargado de la prestación de los servicios de salud reproductiva y de anticoncepción; y cómo se percibe el alcance logrado en promoción de la salud reproductiva, la calidad en la atención de salud reproductiva y la suficiencia en la provisión de anticonceptivos.

Después de esta introducción, en la sección 2 se presenta la metodología que se utilizó para realizar la investigación. En la sección 3 se describe el estado de situación, en el cual en forma agregada se ofrece un panorama sobre los derechos reproductivos en El Salvador. En la sección 4 se presentan los resultados de esta investigación por medio de una síntesis de las interpretaciones que las personas participantes tienen acerca de los servicios de salud reproductiva y el acceso a anticonceptivos. El informe cierra en la sección 5 con una discusión de los resultados y la identificación de otras áreas de interés para futuros estudios.

La realización de este trabajo no hubiese sido posible sin contar con la participación de mujeres, hombres y jóvenes usuarios activos o potenciales de los servicios de salud reproductiva, así como del personal de salud a cargo de los mismos y de funcionarios y técnicos del Ministerio de Salud, quienes dieron consejos para orientar esta investigación y colaboraron en la organización de las reuniones para recolectar los datos. Se expresa un agradecimiento especial para todos ellos.

1 Metodología

El diseño de la investigación se elaboró entre los meses de abril y mayo de 2018. Para su preparación se realizaron reuniones con el equipo técnico del proyecto, se ubicaron y consultaron fuentes documentales y se comentó la idea con actores del Ministerio de Salud y de la Mesa de Salud Sexual y Reproductiva del Foro Nacional de Salud, tomando nota de sus sugerencias. Se produjeron tres borradores de protocolo, los cuales fueron discutidos con el equipo técnico. Con base en sus observaciones, el protocolo fue mejorado y ampliado. El protocolo fue compartido con actores claves, sirviendo como referencia en el momento de solicitar apoyos o responder a inquietudes acerca de la investigación.

La investigación fue de tipo cualitativo, bajo la metodología del interaccionismo simbólico (Blumer, 1969; Charon, 2010). Esta metodología supone que las personas actúan con base en los significados que los objetos y personas tienen para ellas, que los significados son producto de la interacción social y que las personas transforman los significados en función de sus expectativas y propósitos. Se considera que este enfoque responde al problema planteado, ya que genera descripciones sobre la manera como las personas interpretan su relación con las demás, en este caso en el marco de los servicios que presta el Ministerio de Salud en materia de salud reproductiva.

El estudio se realizó en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud, en la región oriental, occidental y metropolitana. La recolección de los datos tuvo lugar entre los meses de junio y julio de 2018.

Las participantes del estudio fueron 262 personas que hacen uso o pueden hacer uso de los servicios del Ministerio de Salud en salud reproductiva y del componente de anticoncepción (81.3%), y personal de salud responsable en esa área (18.7%). Las tablas de la distribución de participantes se encuentran en el anexo 1. Por restricciones del marco de objetivos y de los recursos del proyecto del que fue financiada esta investigación, no fue posible incluir a participantes que representen a todos los grupos de la población bajo estudio; por ello, el énfasis estuvo puesto en los siguientes segmentos: mujeres que participan en el componente de anticoncepción (25.6%), mujeres que pueden participar en el componente de anticoncepción (20.2%); hombres que son parejas de las mujeres indicadas en los segmentos anteriores (7.6%), adolescentes y jóvenes alcanzados con actividades de promoción (15.6%); personas LGBTI (12.2%); y personal de salud que trabaja en la atención de los servicios de salud reproductiva y de anticoncepción (18.7%) (ver tabla 1 en anexos). En total participaron 199 mujeres, 48 hombres y 15 personas que no indicaron su sexo; de las cuales 113 fueron menores de 30 años, 100 mayores de 30 años y 49 que no indicaron su edad (ver tabla 2 en anexos).

Dado que el estudio fue de carácter cualitativo, las muestras se conformaron por conveniencia. La decisión sobre las personas a invitar fue tomada por el equipo de investigación en consulta con personal de salud en cada una de las regiones. Para la selección de las personas participantes se usaron

los siguientes criterios: contar con características demográficas que las hagan representativas de los segmentos de población indicados anteriormente; ser originarias, en la mayor medida posible, de diferentes departamentos y municipios, según corresponda; haber hecho uso más de una vez de los servicios del Ministerio de Salud en salud sexual y reproductiva en el último año o que tengan el potencial de hacerlo; advertir los datos de contacto por los que el Ministerio de Salud pudiese hacer la convocatoria; aceptar la invitación de participar en el estudio; y suscribir una declaración de haber sido informadas sobre los objetivos y metodología del estudio, dando su consentimiento voluntario para que la información proporcionada fuera utilizada en el estudio, bajo la condición de mantener en reserva su identidad.

La técnica utilizada fue el grupo focal. Esta técnica permite generar datos de significados, procesos y normas sociales (Bader, 2002; Bloor, 2001). De manera especial, esta técnica posibilita la interacción entre las personas participantes. Resulta una alternativa viable y económica para tener acceso a grupos grandes de personas. Además de servir a los investigadores por los datos generados, las personas participantes se benefician porque acceden a nuevos hallazgos y obtienen retroalimentación de otras participantes. Es un vehículo idóneo para extender la participación social en las investigaciones. En total se realizaron 20 grupos de enfoque: 5 en la región metropolitana, 7 en la región occidental y 8 en la región oriental (ver tabla 3 en anexos).

Para la realización de los grupos focales se preparó una guía genérica, la cual fue adaptada según el segmento de participantes y la zona geográfica correspondiente. En esta guía se precisaron los detalles sobre la selección y convocatoria de participantes, el rol de las personas facilitadoras, la agenda de discusión, los materiales y los formatos a utilizar, incluyendo las declaraciones de consentimiento informado. Los datos se registraron en grabaciones de audio, de lo cual se informó previamente a las participantes.

Además, se realizaron entrevistas individuales con funcionarios y personal del Ministerio de Salud con responsabilidad en el tema: las encargadas del componente de anticoncepción en los departamentos de San Miguel y Ahuachapán, la responsable del componente de anticoncepción a nivel nacional y la encargada de la Unidad de Aprovechamiento del Ministerio de Salud. El objetivo de dichas entrevistas fue contar con una orientación general de las estrategias que ese ministerio desarrolla para promover el derecho a la salud reproductiva y brindar los servicios correspondientes. El contenido de estas entrevistas no ha sido citado en este informe, porque lo que hizo con las orientaciones obtenidas fue usarlas d guía recopilar datos estadísticos y documentales que han sido utilizados para construir el estado de situación.

Para el procesamiento de los datos se siguieron los siguientes pasos (Bazeley, 2013; Saldaña, 2009): con el apoyo de las grabaciones de audio, se hicieron transcripciones de los conversado en los grupos de enfoque; se codificaron las transcripciones, es decir se asignaron códigos a los fragmentos

relevantes; con los códigos asignados, se generaron categorías, es decir conceptos o enunciados que agrupan códigos individuales u otras categorías; se establecieron relaciones entre categorías, a efecto de construir un mapa de relaciones; y finalmente, se formularon los hallazgos de la investigación.

En cuanto a las consideraciones éticas, para el desarrollo de esta investigación, siguiendo las orientaciones de Resnik (2017), se tuvieron presentes las siguientes pautas:

1. La participación fue voluntaria. En el momento de solicitar la participación y de iniciar los grupos de enfoque, se les reiteró a las personas participantes que debían manifestar libremente su consentimiento.
2. En todo momento se dio un trato cálido y respetuoso a las participantes. Antes de llevar a cabo cualquier procedimiento, se les explicó en qué consistía y el resultado que se esperaba. Las personas podían suspender en cualquier momento su participación en el estudio.
3. Los datos fueron anonimizados para que no se pueda establecer qué persona fue la que las proporcionó. Si una respuesta hacía referencia a cuestiones particulares que permitieran identificar a la persona que la dio, entonces se recortó o se omitió.
4. Se previó, aunque no se dio el caso, que, si durante la realización del estudio surgían incidentes específicos en los que se requiriera otro tipo de atención, siempre que la persona implicada diera su consentimiento, la información sería trasladada a la autoridad o dependencia competente para buscar una solución. De darse tales casos, la información correspondiente sería omitida en el informe de la investigación.

2 Estado de situación

En esta sección se presenta un panorama de la situación de los derechos sexuales reproductivos en El Salvador, con énfasis en los últimos, y su relación en cuanto a la oferta de servicios y la provisión de anticonceptivos por parte del Ministerio de Salud. En general, los derechos reproductivos han sido reconocidos por el Estado salvadoreño y en los últimos años se han logrado avances significativos en cuanto a reducción de la mortalidad materna y el embarazo en adolescentes, entre otros indicadores. El Ministerio de Salud cuenta con políticas y una organización que refleja la prioridad dada a la salud sexual y reproductiva. Además, a pesar de sus restricciones presupuestarias, los indicadores muestran que el Ministerio de Salud mantiene un nivel de producción creciente que se traduce en mayor cobertura y mejores servicios.

2.1 Derechos sexuales y reproductivos

Aunque esta investigación, para efectos analíticos, se enfocó específicamente en el acceso a servicios de salud reproductiva y anticonceptivos, el mismo no puede ser comprendido adecuadamente si no se considera en un marco integral de derechos. Por tal razón, esta sección inicia con una exposición general de los derechos sexuales y reproductivos. Se describe cual es la situación y los desafíos en El Salvador, y bajo ese marco, se continúa con una descripción particular del acceso a servicios de salud reproductiva y anticonceptivos.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. La salud no es solamente la ausencia de enfermedad. El énfasis está en la necesidad de un

enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de la posibilidad de tener experiencias placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación o violencia. La salud reproductiva consiste en que las personas tengan las condiciones y la posibilidad de decidir libremente si quieren reproducirse, cuándo y cómo hacerlo, así como la atención adecuada en los momentos previos, durante y posteriores al parto y en el cuidado de los recién nacidos (Glasier, Gülmezoglu, Schmid, Moreno y Van Look, 2006).

Mesa y Rodríguez (2004), haciendo énfasis en lo referido a los jóvenes, hacen un recuento de hitos internacionales sobre salud sexual y reproductiva. El período de 1950 hasta el final del siglo XX lo dividen en tres etapas. En la primera etapa, que tuvo lugar entre los años 50 y 60, se definieron los derechos fundamentales, sobresaliendo el derecho a la equidad, a la no discriminación y a la libertad. Se reconoció la importancia de la participación de la mujer en la política, la economía y la cultura. En respuesta a las altas tasas de crecimiento poblacional, se impulsaron programas de planificación familiar y se enfocaron algunos derechos reproductivos. A esa etapa corresponden la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), la Declaración de los Derechos del Niño (1959), el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención Americana de los Derechos Humanos (1969) y la Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1967). En la segunda etapa, entre los años setenta y ochenta, se reconoce el derecho a la educación sexual. En ese período aparece la epidemia del VIH-SIDA, cuya consideración abrió la mirada a otras formas de discriminación, como la referida a la orientación sexual. Documentos relevantes de ese período son el Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (1978), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). En la tercera etapa, a partir de los años 90, adquieren una forma más completa los derechos sexuales y reproductivos. Se reconoce el derecho a una vida digna libre de riesgos, a la integridad física, moral y psicológica, a la igualdad y respeto por edad, género y orientación sexual, a la libertad de conciencia y religión en la vida sexual, a la libertad de opinión y expresión sexual, a la información sexual, a la libre decisión sobre el cuerpo, a la privacidad, a la educación sexual, a los servicios de salud sexual y reproductiva, y a beneficiarse del progreso científico. Entre los hitos de esta etapa destacan la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995) y la Declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA (2001).

En la actualidad, la salud reproductiva es reconocida como un derecho humano fundamental. Comprende el derecho de toda persona, libre de coerción, discriminación y violencia, a: el más alto estándar de salud sexual alcanzable, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de la salud; buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad; educación sexual; respeto a la integridad

del cuerpo; elección de la pareja; decidir cuándo ser sexualmente activa; relaciones sexuales consensuadas; consentimiento para el matrimonio; decidir si tener o no tener hijos y cuándo hacerlo; y buscar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera (Glasier et al., 2006). Sin embargo, aún no todos los Estados reconocen o garantizan de igual manera los derechos sexuales y reproductivos. Hay diferencias sensibles en aspectos relacionados con la protección a menores de edad, el acceso a métodos anticonceptivos, la libertad de elegir la identidad sexual, el derecho al aborto o el reconocimiento a parejas del mismo sexo, entre otros.

Estado de los derechos reproductivos

La Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (2015) estableció que: el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva es limitado; la interrupción voluntaria del embarazo está penalizada sin excepción; existe discriminación hacia las personas que viven con VIH; la educación sexual y reproductiva continúa siendo una temática tabú; y la violencia de género es amplia. Como aspectos positivos, dicha entidad señaló que la mortalidad materna se había reducido. Además, destacó que se ha incorporado entre las funciones estatales la prevención de la discriminación por orientación sexual o de identidad de género, aunque advirtió que aún no se generan datos para visibilizar la situación específica.

En relación con la mortalidad materna, la tasa en relación con cada 100 mil nacidos vivos se ha reducido de 71.2 en 2006 a 50.1 en 2010 y a 31.1 en 2017 (Ministerio de Salud, 2018a, p. 67). De 2015 a 2017 se reportaron 48, 31 y 37 casos respectivamente en todo el territorio nacional. Entre las principales causas de muerte materna se encuentran la eclampsia, el embarazo tubárico y la preeclampsia severa (Unidad de Estadísticas e Información de Salud, 2018). Con respecto al embarazo en adolescentes, los últimos años muestran una tendencia hacia la reducción. El total de casos a nivel nacional de inscripciones hasta los 19 años se redujo de 26,452 en 2012 a 19,236 en 2017 (cálculos propios con base en Unidad de Estadísticas e Información de Salud, 2018). Y sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), en el caso particular del VIH el número de diagnósticos también ha ido a la baja, de 1448 en 2013 a 1284 en 2017 (Ministerio de Salud, 2018a, p. 82, tabla 13). Según el Ministerio de Salud, entre las medidas que explican la reducción de casos de muerte materna y las mejoras en otros indicadores se encuentra la suspensión de cobros en la red pública de establecimientos de salud, el acercamiento de los servicios, la habilitación de más unidades comunitarias de salud familiar y hogares de espera materna, el aumento de partos institucionales (que pasó de 66.0% en 2009 a 99.1% en 2017), ginecólogos las 24 horas del día en varios establecimientos, implementación de código rojo para manejo de pacientes con hemorragia obstétrica severa y entre otros, la incorporación del Hospital Nacional de la Mujer a la red de establecimientos especializados y la creación de clínicas de vigilancia centinela para ITS (Ministerio de Salud, 2018a, pp. 67-68 y 82).

Sobre la situación específica de los derechos reproductivos, entre los indicadores se destaca que: la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es 74 por mil; las mujeres entre 15 y 49 años que usan

algún método anticonceptivo son 72%, del cual 37% es esterilización, 20% inyectables, 4% píldora y 4% condón; las mujeres entre 15 y 49 años con pareja que desean limitar o espaciar los embarazos y que no usan anticonceptivos son 11%; la cobertura de atención prenatal es 96% y de partos institucionales es 98%; y, entre otros aspectos, la tasa de matrimonio antes de los 15 años es 7% y antes de 18 años es 29% (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de la Salud y UNICEF, 2014). En general, la mayoría de estos indicadores y la tendencia que muestran en el tiempo reflejan una situación de mejora gradual en cuanto al derecho de salud reproductiva.

Además de los informes institucionales, también hay artículos académicos que abordan diferentes aspectos de la salud reproductiva y aportan nuevos elementos para el estado de situación. Por ejemplo, Hernández-Prado et al. (2011) hicieron un diagnóstico en salud materna, reproductiva y neonatal en 9 estados del sur de México y los países de Centroamérica, el cual fue elaborado como parte de los trabajos del Sistema Mesoamericano de Salud en 2010. Entre sus hallazgos destacan que aunque las tasas de mortalidad se habían reducido sustancialmente en los diez años anteriores, continuaban siendo altas, con brechas importantes entre las diferentes zonas geográficas estudiadas. En ese momento la proporción de nacimientos atendidos en unidades médicas en la región iba desde 31.4% en Guatemala hasta 98.7% en Costa Rica. Las tasas de mortalidad neonatal eran considerablemente más altas en países como Guatemala, Nicaragua y Honduras que en el resto de la región. También, reconocían que las tasas de fecundidad habían disminuido durante los últimos diez años en todos los países de la región, al mismo tiempo que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos había aumentado. En otro ejemplo, Ruiz-Canela et al. (2012) estudiaron la influencia que ejercen los mensajes que reciben los jóvenes que están en el sistema educativo acerca de la sexualidad, afectividad y ocio. Estos autores sugieren que las fuentes de información y los mensajes que reciben los jóvenes se asocian con el inicio de sus relaciones sexuales, independientemente del sexo, la edad, la religiosidad, el nivel económico y otras características asociadas con los estilos de vida. “La frecuencia de jóvenes que han tenido relaciones sexuales aumenta en aquellos que piensan que tanto sus amigos como sus hermanos consideran al sexo como un modo de pasarlo bien, aunque no haya amor o compromiso” (“Discusión”, para. 7). Un último ejemplo es el Reyes, Billings, Paredes-Gaitan y Zuniga (2012), quienes en su estudio constataron que los países del área eran signatarios de los principales compromisos internacionales para prevenir la violencia sexual y que además contaban con facilidades e instalaciones para atender los casos, pero que solo un pequeño porcentaje de las víctimas buscaban apoyo. Esto se debía a que las prácticas de atención muchas veces eran inconsistentes y que los roles de los proveedores de salud y personal forense no eran suficientemente claros, además de que las autoridades no siempre garantizaban la debida privacidad y confidencialidad a las víctimas. Cabe mencionar que en la búsqueda se hizo en las universidades sobre trabajos de graduación relacionados con la salud reproductiva, se encontraron varios ejemplos, pero en su mayoría son localizados, es decir referidos a algunas comunidad o establecimiento de salud en particular.

Marco de normas y objetivos:

A nivel global, dentro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) se articulan los esfuerzos de los Estados para mejorar la salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, s. f.). En general se persigue asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. Entre las metas se encuentra la reducción de la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos, poner fin a la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas, eliminar el matrimonio infantil. En El Salvador la iniciativa de los ODS se ha articulado en la denominada Agenda 2030, que contiene una priorización de metas y mecanismos de coordinación para lograr avances significativos en el cumplimiento de los ODS (Gobierno de El Salvador, 2017).

En la actualidad, a nivel nacional el principal marco normativo en materia de salud es la Política Nacional de Salud 2015-2019 (Ministerio de Salud, 2016). Esta comprende diez ejes estratégicos: redes integradas e integrales, sistema de emergencias médicas, medicamentos y otras tecnologías sanitarias, intersectorialidad e intrasectorialidad, Foro Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, información estratégica en salud, desarrollo de talento humano, violencia y salud y salud ambiental. De manera específica, la Política de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Salud, 2012) es el principal instrumento mediante el cual se organizan los servicios del Sistema Nacional de Salud para garantizar el goce de estos derechos. Entre sus objetivos específicos se encuentran: promover el ejercicio de los derechos, fortalecer la acción integral e integrada, desarrollar acciones con grupos vulnerables, promover la prevención y atención de la violencia, potenciar la participación, impulsar la intersectorialidad y desarrollar el enfoque de género, todo en relación con la salud sexual y reproductiva. Los servicios se prestan por medio de los programas de atención a la mujer, de atención de adolescentes y jóvenes, atención del VIH-sida y enfermedades de transmisión sexual, atención a población LGBTI y otros. En materia propiamente de salud reproductiva y provisión de insumos anticonceptivos, se cuenta con instrumentos específicos de política. Los Lineamientos Técnicos para la Provisión de Servicios de Anticoncepción (2016) tienen la función de establecer los elementos conceptuales y metodológicos a observar por parte del personal de salud responsable de los servicios de consejería en anticoncepción, estandarizar los elementos técnicos en esta materia en correspondencia con las nuevas evidencias científicas, sistematizar la provisión de servicios de anticoncepción, desarrollar la participación social y la intersectorialidad en este campo y establecer los sistemas de información, seguimiento y evaluación, incluyendo el registro y control de los productos anticonceptivos. Entre otros instrumentos de política, también se ha establecido la Estrategia Nacional Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2017-2027, que comprende además de acciones para prevenir los embarazos, medidas de protección especial, de acceso a la justicia y de restitución de derechos.

Organización y procesos

El sistema de salud en El Salvador está organizado en los sectores público y privado. En el sector público los proveedores son el Ministerio de Salud, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y otras instituciones autónomas (por ejemplo, el Fondo Solidario para la Salud, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial). La población a la que atiende el Ministerio de Salud está conformada principalmente por trabajadores del sector informal, desempleados y personas en condición de pobreza (Acosta, Sáenz, Gutiérrez y Bermúdez, 2011).

En cuanto al Ministerio de Salud, este se encuentra organizado por niveles de atención y unidades de apoyo. Los niveles consisten en la atención primaria en salud, que está a cargo de direcciones regionales (occidente, oriental, paracentral, central y metropolitana), unidades departamentales y establecimientos de salud, y la atención de segundo y tercer nivel que incluye a hospitales generales y especializados. En materia de derechos reproductivos, para la coordinación nacional existe un programa de salud reproductiva y un componente de planificación familiar, los cuales cuentan con referentes en los diferentes niveles de atención.

La provisión de anticonceptivos sigue la misma ruta que la de medicamentos e insumos médicos. Tomando en cuenta los techos presupuestarios dados, cada regional y hospital determina las necesidades que tendrán para el siguiente año. La unidad de provisión consolida las necesidades para su inclusión en la propuesta de presupuesto que es enviada al Ministerio de Hacienda para que este, como parte del Presupuesto General del Estado, pida la aprobación a la Asamblea Legislativa. Una vez que el presupuesto está aprobado, inician los procesos de compra. Estos conllevan la elaboración de bases de licitación u órdenes de compra y la realización de los procesos competitivos para recibir ofertas y determinar la mejor opción. Una vez que las compras han sido efectuadas, sigue el proceso de distribución, almacenamiento, envío de pedidos a farmacias y finalmente, el despacho final a las personas usuarias (Cárcamo, Mejía y López, 2013).

Datos de producción

Sobre promoción, durante el año 2017 entre el Ministerio de Salud y FOSALUD se dieron 211.2 miles de consejerías sobre salud sexual y reproductiva, 263.3 miles sobre planificación familiar y 99.7 miles sobre enfermedades de transmisión sexual. Se atendieron 38.3 miles de partos, de los cuales 98.1% fueron institucionales y 1.9% comunitarios. En relación con la provisión de anticonceptivos, se proporcionaron 283.4 miles de inyectables, 72.3 miles de barrera y 30.8 miles de orales. Con los métodos inyectables y orales, las usuarias de 20 años en adelante superan el 80%, mientras que con los métodos de barrera la proporción se reduce hasta 59.3%. Lo anterior sería un indicativo de un uso creciente de los métodos de barrera entre las usuarias de hasta 19 años. El total de usuarias fue 85.6 miles de personas. En cuanto a esterilizaciones, se realizaron 23.6 miles de procedimientos, de los cuales el 51.0% fue transcesárea y 35.6% postparto. Cabe mencionar que dentro de las esterilizaciones hubo 67 procedimientos de vasectomía. De las personas a las que se les realizaron esterilizaciones, 98.4% eran de 20 años en adelante (cálculos propios con base en Ministerio de Salud, 2018b).

3 Hallazgos

En esta sección se expone una síntesis de las opiniones y comentarios brindados por las personas participantes de los grupos de enfoque acerca de cómo interpretan los derechos reproductivos y qué percepción tienen de los servicios que brinda el Ministerio de Salud para garantizarlos. Cada aspecto expuesto inicia con una observación global, a manera de tendencia general, que es la interpretación que el equipo de investigación hace de las expresiones compartidas por las participantes. Esa interpretación es apoyada por situaciones o ejemplos que fueron compartidas por las participantes.

Creencias, actitudes y prácticas

En general, *cada vez son menos las creencias infundadas acerca de la salud reproductiva*. Se atribuye que estas creencias están más presentes en las personas de avanzada edad o en las que por distintos motivos no tienen acceso a información sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos. Las personas mejor informadas saben que ningún método es cien por ciento efectivo, que todos pueden tener ciertos efectos secundarios y que para su efectividad deben mantenerse bajo seguimiento del personal de salud.

La concepción acerca de los derechos reproductivos no es explícita. Cuando se consultó con las participantes qué entendían por derechos reproductivos, las respuestas no fueron enunciativas, en el sentido de exponer conceptualmente en qué consisten estos derechos. En cambio, se refirieron principalmente a las consecuencias de gozar o no de los mismos. Entre esas consecuencias mencionan el lograr que los hijos sean sanos, poder sostenerlos económicamente, cuidar de la salud de la mujer, evitar los embarazos no deseados y la protección de las niñas y las adolescentes. Las concepciones se refieren a la situación individual de la mujer, de la pareja o del grupo familiar, siendo pocas las veces en que se identifica la situación o las consecuencias en el nivel de la comunidad o de la sociedad en general.

Se considera que cuando no se tiene conocimiento de los derechos reproductivos no es por falta de información sino por descuido individual. Desde la perspectiva de las participantes, aún hay muchas personas que desconocen acerca de los derechos y la salud reproductiva. La causa de ese desconocimiento la atribuyen principalmente a la falta de interés y responsabilidad individual.

Persisten prácticas individuales y familiares que no contribuyen al goce de los derechos y la salud reproductiva. Por ejemplo, esto se manifiesta en que se evita abordar los temas de la sexualidad y la reproducción o cuando el lenguaje que se usa no siempre es claro. Al respecto, no todas las familias tienen una posición favorable o responsable, habiendo casos donde en lugar de dar orientación a los hijos se les desorienta. Un aspecto que puede influir en las posturas familiares es la composición del grupo, como es los casos de niños y niñas que se quedan bajo cargo de los abuelos o bien, la relación entre una madre soltera y su hijo, en los que puede haber barreras para una comunicación abierta. Sobre el uso inadecuado del lenguaje, esto se refleja cuando no se le llama por su nombre a las partes

del cuerpo de las mujeres y los hombres. También hay casos en que las familias interfieren o se quejan cuando en la escuela se les da educación sexual a los hijos.

En el caso particular de la planificación, el hecho que haya personas que no la practiquen está relacionado con tradiciones, valores, mitos y miedos. Respecto a las tradiciones, en las cuales se observan diferencias según las edades de las personas, aún persisten argumentos como el de no planificar porque la mamá o la abuela nunca lo hizo o que se deben tener los hijos que Dios quiera. En cuanto a los valores, destaca el machismo aún prevaleciente, donde el hombre tiene un rol determinante sobre la salud sexual de la pareja y que se manifiesta en aspectos como dar su permiso para que la mujer pueda planificar, el no asumir responsabilidad de las consecuencias de la vida sexual o el poner en cuestión de manera infundada la integridad de la mujer, sin dejar de mencionar los casos de violencia intrafamiliar. Se expresó que hay personas que no asisten al centro de salud para planificar por temor a que su esposo u otros familiares se enteren. Los valores también están influidos por creencias religiosas, como la de que la planificación equivale a matar a los hijos antes que nazcan. Hay que mencionar que existen iglesias que abiertamente se oponen a la planificación familiar y al reconocimiento de los derechos reproductivos. Sobre los mitos, que en general las participantes manifestaron no darles crédito, aún persiste en creencias como el poder quedar estériles por planificar o que perderán al bebé si quedan embarazadas, la posible aparición de enfermedades o que el niño o la niña nacerá enfermo. Existen también mitos sobre cómo evitar los embarazos, por ejemplo, el tomar un baño o tomar té de canela después de sostener una relación sexual. En cuanto a los miedos, la planificación se asocia con efectos secundarios, como la tendencia a engordar o que se manche la piel, posibles complicaciones de salud o ser víctimas de malos procedimientos médicos. En general se observa, a partir de la opinión de las participantes, que las experiencias negativas tienden a ser magnificadas, por ejemplo, casos de mujeres que salieron embarazadas a pesar de estar planificando.

La responsabilidad de tomar la iniciativa para planificar recae principalmente sobre la mujer. Aunque las participantes generalmente creen que lo ideal es que la iniciativa sea de la pareja, reconocen que en la práctica la responsabilidad queda en manos de las mujeres. Esto puede ser una cuestión de protección básica, porque en nuestra sociedad un embarazo no deseado tiene más consecuencias negativas para las mujeres que para los hombres, pero también puede ser una cuestión de autodeterminación, de tener control sobre su propio cuerpo. En cambio, cuando los hombres toman la iniciativa no necesariamente piensan en las mujeres, dándose casos de prohibición o de imposición. Si la decisión es de la pareja, en la práctica esto requiere que exista buena comunicación y comprensión.

Los roles personas en las que se confía para conversar o compartir sobre la salud reproductiva varían. No existe una uniformidad en relación con la persona que más confianza se tiene, sino que depende de circunstancias particulares a cada individuo. En ciertas situaciones, las personas de mayor

confianza son la pareja o los padres, mientras que en otras son los doctores, las enfermeras o los promotores de salud. También pueden ser importantes los hermanos o las hermanas y los amigos.

Promoción

Los diferentes métodos de planificación familiar son promovidos sin mayores sesgos. Por su naturaleza, los métodos temporales son los más promovidos. Las personas participantes reconocieron haber sido informadas y capacitadas sobre la inyección, el DIU, el condón, las pastillas y el implante subdérmico, en ese orden. En cuanto a las inyecciones, se refieren a las de un mes y tres meses y aún más, diferencian las ventajas de una sobre otra según el caso. La principal ventaja es su rápida aplicación y la duración del efecto. Un aspecto que parece ser importante en cuanto a la preferencia de una sobre otra es la eliminación de la menstruación en el caso de la de tres meses. En algunas mujeres esto puede causar incerteza, ya que el indicador firme de no estar embarazadas es la llegada de la menstruación. También, en algunas mujeres puede persistir el mito que la sangre se acumula y que pueden formarse coágulos. Sobre el DIU, que es conocido como “el aparatito”, se destaca la larga duración de su efecto, que puede ser de 5 y hasta 10 años, y el hecho que su presencia en el cuerpo no produce molestias. Sin embargo, persisten ciertas creencias o mitos sobre su uso. Por ejemplo, algunas personas les atribuyen efectos secundarios como dolores de cabeza, tendencia a engordar e inclusive que puede provocar cáncer, o bien tienen temor que se pueda encarnar en el tejido de la mujer o si queda embarazada, en el del bebé. También puede ocurrir que a veces los hombres tengan una actitud negativa hacia el DIU, aunque se trate de creencias pues en la práctica es imperceptible para ellos cuando se tienen relaciones sexuales. El condón, que también es llamado “preservativo”, se reconoció que es un método común, aunque el femenino es menos conocido, promovido o aceptado. Con el condón femenino algunas mujeres temen que se mantenga el patrón de que siempre es la mujer la responsable de planificar. Con las pastillas, la principal desventaja es que la usuaria puede olvidar tomarlas puntualmente y en cuanto a las creencias se asocia más que todo la posible aparición de manchas en la piel. El implante subdérmico es un método reciente que, aunque está siendo promovido, no está disponible en todos los establecimientos. Este método despierta interés, por la facilidad de su aplicación y la duración de su efecto. En relación con los métodos permanentes, siempre son las mujeres las que más los practican. Se sabe que la esterilización en la actualidad es un procedimiento sencillo y seguro que se practica con cirugía ambulatoria. Entre algunas mujeres persisten mitos como el de la afectación del nivel de deseo sexual, que podría aumentar o reducirse a causa a la esterilización. Sobre la vasectomía, se considera que es un método que debe tener mayor promoción. El número de hombres que se lo hace es marginal y persisten muchos mitos al respecto, como la posible pérdida del deseo sexual o de la capacidad de erección. Se sostiene que la mayoría de personas no conocen en qué consiste la vasectomía y cómo se debe proceder para realizarla. Las participantes además hicieron referencia, aunque en menor grado, a los métodos naturales y los de emergencia. Sobre los naturales

indican la necesidad de que la menstruación sea puntual y que exista comprensión por parte de la pareja.

Las razones para preferir unos métodos sobre otros están influenciadas por las experiencias individuales y la información disponible. En algunos casos puede tener mayor peso la experiencia individual o de personas cercanas. Como se mencionó antes, a veces las experiencias desfavorables tienden a maximizarse, lo que influye considerablemente en favor o en contra de ciertos métodos. En otros casos depende de la información que las personas tengan acerca de los métodos, de los que generalmente unos son más conocidos que otros y por tanto tendrán mayor preferencia los primeros. Pesan también las creencias que se tengan sobre la efectividad de los métodos, lo cual desde luego puede estar influido por las experiencias o por la información disponible. En cuanto a los métodos que son menos conocidos o utilizados (como la vasectomía o el condón femenino), para las participantes esto se puede deber a la falta información, que no se den charlas o se hagan campañas, no sean frecuentemente recomendados o que reciban poca promoción.

Las personas deben recibir educación sexual y reproductiva desde edades tempranas. Aunque no hay acuerdo sobre la edad en que se les debe explicar a los niños y las niñas aspectos sobre la sexualidad y la reproducción, si existe la concepción que tal acción se debe dar a temprana edad. Algunas participantes indicaron que desde que están muy pequeños los niños se les puede educar por ejemplo llamando por su nombre a las partes genitales y aconsejándoles que no se dejen tocar por los adultos. Otras participantes indicaron que antes o cuando empiezan a darse cambios relacionados con el desarrollo de los niños y las niñas se les debe explicar a qué se deben esos cambios y qué manifestaciones tienen. Entre las y los jóvenes participantes hubo considerable consenso en que conocen sobre salud sexual y reproductiva, a veces más que sus padres, pero que no siempre lo manifiestan o expresan por pena o temor.

Las principales fuentes de orientación sobre salud sexual y reproductiva son el sistema de salud y las escuelas. En el caso de la planificación, la orientación consiste en la variedad de métodos, las ventajas y desventajas de estos, la importancia que sean recomendados por personal capacitado y que la aplicación de los métodos sea hecha en debida forma para que resulten efectivos. Los puntos de contacto son las visitas de los promotores, las consejerías y consultas en las clínicas y las charlas escolares. Se reconoce que no siempre las explicaciones son suficientes o adecuadas. De parte del personal de salud, en ocasiones por la sobrecarga de trabajo, se puede sacrificar el tiempo de orientación. Por otra parte, puede ocurrir que la orientación sea superficial, sin exponer el efecto que producen los métodos y las formas como el cuerpo reacciona ante ellos.

Se debe tener cuidado con la información que se recibe por los medios de comunicación o que se encuentra en Internet. Se reconoció que en ocasiones los medios de comunicación desinforman más que informar y que pueden ser una influencia negativa, por ejemplo, al incitar a tener relaciones

sexuales en edad temprana o con múltiples parejas. En el caso de Internet, puede no ser fácil distinguir entre las fuentes confiables de información de las que no lo son, aunque se reconoce el valor que tiene por el acceso inmediato a cualquier dato relacionado con la salud sexual y reproductiva. Además del cuidado que se debe tener con los medios de comunicación y la Internet, se reconoce la necesidad de contar con la orientación profesional del personal de salud o de los educadores, quienes tendrían la última palabra sobre la validez o no de la información que se obtiene de otras fuentes.

Se cuenta con más materiales de promoción, pero hay diferencias en cuanto a recursos de difusión. Entre el personal de salud se reconoce que se cuenta con materiales para llevar a cabo las labores de promoción en salud sexual y reproductiva, pero que puede haber diferencias significativas entre unos lugares y otros. Por ejemplo, algunas unidades, más que todo del área metropolitana, cuentan con pantallas a través de las cuales pueden pasar videos. Algunos métodos se explican de mejor manera con el uso de videos. Pero la disponibilidad de estos recursos aún es limitada.

La situación de violencia delincuencial limita las actividades de promoción principalmente porque impone restricciones al desplazamiento. Aunque a partir de las opiniones que fueron compartidas resulta difícil dimensionar qué tanto puede estar afectando la situación de violencia, es claro que el fenómeno está presente. Este puede afectar a las personas que buscan los servicios del Ministerio de Salud o bien al personal que les brinda atención. La principal afectación está referida al libre desplazamiento, ya que puede haber lugares por donde no les esté permitido o no sea seguro transitar. Esta situación afecta particularmente a las personas más jóvenes.

Calidad de los servicios

El acercamiento a las comunidades ha sido un factor clave para mejorar los indicadores de salud reproductiva y planificación familiar. Entre el personal de salud y las personas usuarias existe un consenso general que las diferentes estrategias que ha adoptado el Ministerio de Salud para tener mayor acercamiento y presencia en las comunidades ha tenido un efecto positivo y que se relaciona directamente con el acceso a información y la toma de decisiones sobre salud reproductiva. El papel de los promotores y la apertura de nuevas unidades comunitarias de salud familiar son hechos a los que se da más relevancia. Y desde luego, se señala siempre quedan áreas sin cobertura, especialmente algunas zonas rurales en donde un solo promotor tiene que cubrir un territorio extenso.

Se destacan aspectos positivos en el trato que da el personal de salud y en los procedimientos, aunque haya quejas. Entre esos aspectos positivos se puede mencionar la cercanía que las personas usuarias llegan a sentir con algunos promotores o promotoras debido a la relación que se establece con las repetidas visitas de estos últimos. Otro aspecto positivo es cuando las personas que hacen uso de las consejerías o consultas consideran que ya son conocidas en el establecimiento de salud, llegando a sentir que la personal salud está más pendiente de ellas. Entre las quejas se encuentran el tono de regaño con el que se expresan ciertos médicos o enfermeras, los comentarios inapropiados y que les den insuficiente o mala orientación. De igual manera hay aspectos en los procedimientos que son

valorados de forma positiva, como las explicaciones sobre los métodos, así como el seguimiento en los controles y la consejería. En cambio, las quejas sobre los procedimientos se refieren al número de pasos que son necesarios para recibir atención, lo que una usuaria denominó “muchas vueltas”, así como las largas esperas o incorrecta aplicación de los métodos.

Los cortos tiempos de atención y la sobrecarga de tareas pueden ser los factores que más negativamente afectan la calidad de los servicios de salud reproductiva. Son dos aspectos relacionados con el número de recursos y la división del trabajo que existe en los establecimientos de salud. La característica más señalada es la sobrecarga de trabajo del personal de salud, sobre el cual además de la intensidad de las actividades también pueden recaer responsabilidades diversas que son difíciles de atender por una misma persona. Un caso de esos es de los promotores y las promotoras de salud. El principal efecto de tal situación es que los tiempos para la consejería o la consulta se ven reducidos considerablemente y, derivado de ello, el contenido, la extensión o la calidad de la atención puede verse perjudicada.

La estandarización de procedimientos ayuda a que las creencias particulares del personal de salud no interfieran negativamente en la atención que brindan sobre salud sexual y reproductiva. Aunque siempre hay casos, se reconoce que en general en el personal de salud se ha logrado separar aspectos como las creencias religiosas de la orientación y atención que deben dar a las personas sobre el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Tal separación se atribuye a la estandarización de métodos de trabajo, las capacitaciones y la sensibilización, así como la supervisión que existe para procurar que los protocolos de atención sean observados.

La no consideración de la privacidad o la timidez de las personas puede inhibir el acceso a los servicios. Esta situación se manifiesta de varias maneras. Por ejemplo, hay unidades en que se llama a voz alta (gritos) a las personas que han llegado por planificación familiar, de tal forma que otras personas que se encuentren en el establecimiento pueden identificar fácilmente de quienes se trata. Otro caso es en personas que trabajan en el establecimiento de salud y viven en la misma comunidad que algunas usuarias y quienes en ciertas circunstancias pueden revelar información sensible, a veces sin tener intención. Estas situaciones pueden especialmente afectar a personas que aún no estén seguras de su decisión de planificar o lo estén haciendo sin compartir la decisión con sus parejas. También puede afectar a jóvenes que no quieren que sus padres o compañeros se enteren, o bien a personas que padecen alguna infección de transmisión sexual y que necesitan guardar reserva sobre su diagnóstico.

Provisión de anticonceptivos

Se reconoce que existe disponibilidad de anticonceptivos. Salvo algunas excepciones, en general las personas participantes reconocieron que no enfrentan mayores dificultades para tener acceso a los métodos anticonceptivos. Lo más que ocurre es que en ocasiones al agotarse cierto método, por ejemplo las inyecciones o el DIU, haya que esperar un par de semanas hasta que el abastecimiento sea

restablecido. Con las inyecciones sucede que, si la de un mes no está en existencia, entonces se suple la de tres meses y viceversa y pueden haber casos en que algunas personas deban adquirir el método en farmacias particulares. Se advirtió el hecho que en la actualidad se esté promoviendo el implante subdérmico, pero que no en todos los establecimientos se tiene disponibilidad del mismo. Se reportó que esta situación ha sido solventada en ciertos casos con la remisión de la usuaria a otra unidad o a un hospital. Es de esperar que esta situación se regularice en la medida que el método vaya teniendo mayor demanda y uso.

La inexistencia de métodos en farmacias puede deberse a problemas de coordinación interna en el Ministerio. En los casos en que ocurre inexistencia de ciertos métodos en farmacia no necesariamente se debe a que el Ministerio no cuente con los mismos, sino más a problemas de coordinación interna. La responsabilidad sobre tal situación puede ser variada. Pueden haber casos en que el atraso se derive del almacén correspondiente, mientras que en otro el requerimiento pudo haber sido elaborado tarde por parte de la persona de la respectiva unidad. En el Ministerio opera un mecanismo de préstamos entre establecimientos que no presenta mayores obstáculos burocráticos y que por tanto es efectivo en suplir deficiencias. Finalmente, un aspecto que está ayudando a mejorar la coordinación interna es la ampliación de cobertura en cuanto a disponibilidad de equipo computacional en línea para el manejo de los inventarios.

4 Discusión

Con respecto a las creencias, actitudes y prácticas los resultados indican que, aunque la concepción del derecho a la salud no sea explícita, cada vez son menos las creencias infundadas acerca de la salud reproductiva. La responsabilidad de contar con información y de participar en los programas de planificación es atribuido a cada persona, y donde la decisión de no hacerlo está relacionada con tradiciones, valores, mitos y temores que persisten en la cultura salvadoreña. Por ejemplo, debido principalmente al machismo, se atribuye a la mujer la responsabilidad de hacerse cargo de los asuntos relacionados con la planificación familiar. Es importante que estos aspectos se consideren en el diseño de los programas de promoción de salud sexual reproductiva, adoptando estrategias que tomen en cuenta la variedad de concepciones y prácticas culturales y su diferenciación por grupos de población y territorios.

En general, los diferentes métodos de planificación familiar son promovidos sin mayores sesgos y se cree que la educación sexual debe empezar desde temprana edad. Las razones para preferir unos métodos sobre otros están influenciadas por las experiencias individuales y la información disponible. Las principales fuentes de orientación sobre salud sexual y reproductiva son el sistema de salud y las escuelas. Aunque hay información útil que se recibe por los medios de comunicación o que se encuentra en Internet, pero existe claridad que siempre se debe contar con la opinión de un profesional capacitado para tomar decisiones respecto a la salud reproductiva. Por otra parte, la situación de

violencia limita las actividades de promoción, principalmente porque impone restricciones al desplazamiento.

El acercamiento a las comunidades ha sido un factor clave para mejorar los indicadores de salud reproductiva y planificación familiar. Se destacan aspectos positivos en el trato que da el personal de salud y en los procedimientos, aunque haya quejas. Los cortos tiempos de atención y la sobrecarga de tareas pueden ser los factores que más afectan negativamente la calidad de los servicios de salud reproductiva. Por otro lado, la no consideración de la privacidad o la timidez de las personas puede inhibir el acceso a los servicios.

En cuanto a la provisión de métodos, en general se reconoce que existe suficiente disponibilidad de anticonceptivos, pero hay que advertir que los medios para verificar esta situación son limitados. Los índices de abastecimiento son agregados y se calculan en base en las existencias en los almacenes y no en los establecimientos. Existen mecanismos como el de préstamos entre regiones u hospitales, pero se pone a disposición estadísticas desagregadas que permitan estimar su efectividad. Se advirtió que cuando se dan casos de insuficiente de métodos en farmacia puede deberse a problemas de coordinación interna en el Ministerio. Una práctica que debe revisarse en cuanto qué tan extendida pueda ser y qué efecto clínico pueda tener es la de intercambiar inyecciones de uno y tres meses.

Tanto el estado de situación como hallazgos desde el territorio coinciden en que el Salvador cuenta con estrategias articuladas de salud sexual y reproductiva y, como resultado, ha obtenido logros significativos, como la reducción de la mortalidad materna. De ahí que el desafío consiste entonces en cómo sostener esos avances y continuar mejorando la situación de los derechos sexuales y reproductivos. La atención sobre los aspectos descritos en los párrafos anteriores arroja claves sobre mejoras que pueden lograrse tanto por el lado de las creencias, actitudes y prácticas de las personas, como por el lado de la promoción y atención en salud reproductiva.

Durante los grupos de discusión también hubo recomendaciones para mejorar los servicios. Por ejemplo, se mencionó la necesidad de realizar mayor promoción entre los hombres, para sensibilizarlos sobre asumir mayor responsabilidad en el cuidado de la salud reproductiva. Algunas participantes opinaron específicamente sobre la promoción de la vasectomía, aunque cuestionaron que los mismos médicos hombres también guardan temores sobre dicho método. Otras participantes sugirieron que se debería investigar para producir una inyección para hombres. En general, se insistió mucho en la importancia de la información y la educación, recomendando ampliar las charlas y capacitaciones a nivel comunitario. Otro aspecto que se destaca es el que brindar el tiempo suficiente a las usuarias cuando asisten a consejerías o a consultas. Es importante no solo que comprendan cómo utilizar los métodos, sino también los mecanismos a través de los cuales estos actúan, especialmente en lo referido a los cambios que producen en el funcionamiento del cuerpo.

Los hallazgos presentados en este informe pueden ser útiles para futuras investigaciones. Por ejemplo, se pueden realizar estudios cuantitativos para determinar la extensión o distribución de factores más específicos sobre la percepción de las personas, la prestación de los servicios o correlaciones que puedan existir por ejemplo entre alcance de la promoción y embarazo en adolescentes. El tema de las quejas o de los señalamientos, aún cuando en algunos lugares sean la excepción, vale la pena indagarlos más a fondo porque pueden ilustrar, por medio de razonamientos contrafactuales, que aspectos no están presentes o no son considerados en el día a día de la prestación de los servicios. Un ejemplo es el tema de llamar a las personas por medio de gritos o en altavoz, caso en el cual es posible que no se está reparando en el efecto negativo que puede tener sobre la privacidad.

5 Referencias

- Acosta, M., Sáenz, M., Gutiérrez, B. y Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de El Salvador. *Salud Pública de México*, 53(2), S188–S196.
- Bader, G. E. (2002). *Focus Groups: A step by step guide*. The Bader Group.
- Bazeley, P. (2013). *Qualitative data analysis: practical strategies*. London: SAGE.
- Bloor, M. (Ed.). (2001). *Focus groups in social research*. London ; Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. University of California Press.
- Cárcamo, L., Mejía, J. y López, J. (2013). *La ruta de los medicamentos*. San Salvador: Fundación Maquilishuatl.
- Centeno, H. y Cáceres, R. (2005). La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años El Salvador, un reto para las políticas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 2(2).
- Charon, J. (2010). *Symbolic Interactionism: An Introduction, an Interpretation, an Integration*. Prentice Hall.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G., & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*, 368(9547), 1595-1607.
- Gobierno de El Salvador (2017). *Revisión nacional voluntaria de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en El Salvador*. San Salvador: autor.
- Hernández-Prado, B., Kestler, E., Díaz, J., Walker, D., Langer, A. y Lewis, S. (2011). Perfil situacional y estrategias de intervención en la región mesoamericana en el área de salud materna, reproductiva y neonatal. *Salud Pública de México*, 53(3), S312–S322.
- Mesa, A. y Rodríguez, G. (2004). Fundamentos internacionales en torno a los derechos sexuales de jóvenes. *Perinatología y reproducción humana*, 18(1), 10–22.
- Ministerio de Salud (2012). *Política de Salud Sexual y Reproductiva*. San Salvador: autor. (Acuerdo 1181)
- Ministerio de Salud (2016). *Política Nacional de Salud*. San Salvador: autor. (Acuerdo 1422)
- Ministerio de Salud. (2018a). *Salud universal un compromiso de todos: informe de labores 2016-2017*. San Salvador: autor.
- Ministerio de Salud (2018b). *Estadísticas de producción de servicios*. San Salvador: autor.
- Ministerio de Salud, Instituto Nacional de la Salud y UNICEF (2014). *Encuesta Nacional de Salud 2014 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014, Resultados Principales*. San Salvador: autores.
- Naciones Unidas (s. f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado 30 de mayo de 2018, a partir de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- 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*. San Salvador: autor.
- Resnik, D. (2017). *The ethics of research with human subjects: protecting people, advancing science, promoting trust*. New York: Springer Berlin Heidelberg.
- Reyes, H., Billings, D., Paredes-Gaitan, Y. y Zuniga, K. (2012). An assessment of health sector guidelines and services for treatment of sexual violence in El Salvador, Guatemala, Honduras and Nicaragua. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 83–93. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40656-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40656-5)
- Rubin, H. y Rubin, I. (2005). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. SAGE.
- Ruiz-Canela, M., López-del Burgo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A. e Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31, 54–61. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000100008>
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles, Calif: Sage.
- Ulin, P., Robinson, E. y Tolley, E. (2005). *Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos*. Washington D.C.: Family Health International.
- Unidad de Estadísticas e Información de Salud (2018). *Cantidad y causa de muertes maternas 2015-2017*. San Salvador: autor. (Datos obtenidos por medio de solicitudes de información)

ANEXOS

1. Tablas estadísticas

Tabla 1

Grupos de enfoque realizados

Región	Lugar	Grupo	Participantes
Metropolitana	San Salvador	LGBTI	20
		Personal de salud	20
	Zacamil	Adolescentes	15
		Hombres y sus parejas	10
		Mujeres no usuarias	19
Occidental	Ahuachapan	Mujeres usuarias	11
	Santa Ana	Mujeres no usuarias	13
		Personal de salud	18
		Adolescentes	11
	Sonzacate, Sonsonate	LGBTI	12
		Mujeres no usuarias	11
		Mujeres usuarias	12
Oriental	Berlin, Usulután	Adolescentes	15
		Hombres y sus parejas	10
		Mujeres no usuarias	10
		Mujeres usuarias	12
	Ciudad Barrios, San Miguel	Mujeres usuarias	11
	Perquín, Morazán	Mujeres usuarias	10
	San Miguel	Mujeres usuarias	11
		Personal de salud	11
Total			262

Tabla 2
Participantes por grupo y región

Grupo	Absolutos			
	Metropolitana	Occidental	Oriental	Total
Mujeres usuarias	0	23	44	67
Mujeres no usuarias	19	24	10	53
Hombres y sus parejas	10	0	10	20
Adolescentes	15	11	15	41
LGBTI	20	12	0	32
Personal de salud	20	18	11	49
Total	84	88	90	262

Tabla 3
Participantes por sexo y rango de edad

Sexo	Absolutos			
	Mayor de 30 años	Menor de 30 años	NA	Total
Femenino	82	86	31	199
Masculino	18	27	3	48
NA	0	0	15	15
Total	100	113	49	262

