

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSGRADO**



TEMA:

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES DURANTE EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA Y POST-PANDEMIA POR COVID-19 EN LA COMUNIDAD CORAZÓN DE MARÍA, EN EL PERIODO DE MARZO A DICIEMBRE DEL AÑO 2020

PRESENTADO POR

**PATRICIA CAROLINA MARROQUÍN RIVERA MM06215
ASTRID ALEJANDRA PINEDA ALAS PA15008**

**TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAESTRA EN DERECHOS HUMANOS Y EDUCACIÓN PARA LA PAZ**

ASESOR

MTRO. JOSÉ MARCELO ACEVEDO ORELLANA

**CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, SAN SALVADOR
EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, NOVIEMBRE DEL 2025**

AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

INGENIERO JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA
RECTOR

DOCTORA EVELYN BEATRIZ FARFÁN
VICERRECTORA ACADÉMICA

MAESTRO RÓGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

LICENCIADA ANA RUTH AVELAR
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICENCIADO CARLOS AMÍLCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL

AUTORIDADES FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

MAESTRO JULIO CÉSAR GRANDE RIVERA
DECANO

MAESTRA MARÍA BLAS CRUZ JURADO
VICEDECANA

MAESTRA NATIVIDAD TESHÉ PADILLA
SECRETARIA GENERAL

MAESTRA SANDRA LORENA BENAVIDES DE SERRANO
DIRECTORA ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRO LUIS EDUARDO GONZÁLEZ MINERO
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, mi padre amado, por guiarme en cada paso de este viaje académico y darme la fuerza para perseverar. Gracias por ser mi fuente de fortaleza y entendimiento en este logro académico.

A mis hijos

Fernando y Diego: Cada día que paso a su lado es un regalo que atesoro en mi corazón. Sus risas, curiosidad e infinita capacidad de amar han sido la inspiración detrás de cada esfuerzo en mi vida. Esta tesis es un pequeño testimonio de todo lo que hago, lo hago pensando en ustedes. Gracias por llenar mi mundo de amor y dulzura.

A mi esposo

Roberto, padre de mis hijos, tu amor y apoyo han sido la base de nuestro hogar. Esta tesis es un tributo a la colaboración, paciencia y comprensión que has brindado a lo largo de este viaje académico. Gracias por ser un pilar de fortaleza y un ejemplo para nuestros hijos. Tu presencia en mi vida es un regalo invaluable, y este logro es nuestro, en equipo.

A mi asesor

Quiero expresar mi más sincera gratitud a mi asesor, cuya perspicacia y dirección crítica han sido fundamentales para la culminación de este estudio. Su compromiso y aportaciones constructivas han sido esenciales para afinar mi investigación.

Carolina Marroquín

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía en cada paso y mi refugio en los momentos de mayor incertidumbre.

A mi abuelita y a mi mamá, pilares de mi vida, por su amor infinito, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por enseñarme con su ejemplo que la fuerza y la fe pueden superar cualquier adversidad. Sus palabras, abrazos y sacrificios han sido el motor que me impulsó a llegar hasta aquí.

A nuestro tutor asignado por su paciencia, dedicación y valiosas orientaciones que hicieron de este proceso una experiencia de aprendizaje invaluable.

A mí misma, por mantenerme firme ante los obstáculos, por el esfuerzo y la perseverancia que me permitieron convertir cada desafío en una oportunidad y alcanzar este sueño.

Y a todas las personas e instituciones que, con su apoyo, tiempo y confianza, hicieron posible este trabajo, les guardo un profundo y eterno agradecimiento

Astrid Pineda

INDICE GENERAL	PAG
AUTORIDADES UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	I
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	II
LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	XI
RESUMEN.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	XVI
JUSTIFICACIÓN.....	XIX
CAPÍTULO I. GENERALIDADES.....	23
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	30
1.3 OBJETIVOS.....	31
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	31
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
1.3.3 HIPÓTESIS.....	31
1.3.4 DELIMITACIÓN DEL TEMA.....	32
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	33
2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO DERECHO HUMANO.....	33
2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS CONCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA.....	38
2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES.....	45
2.4 UNA VISIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SSR.....	45
2.5 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ACTUALIDAD.....	47
2.6 LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS....	54
2.7 PANDEMIA POR COVID-19 EN EL SALVADOR.....	56
2.8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SALVADOR.....	58
2.9 IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE CÁNCER EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL.....	58

2.10 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	60
2.11 EL VIH, OTRA ENFERMEDAD DIFÍCIL DE ATENDER EN 2020....	61
2.12 MUERTES MATERNAS EN EL SALVADOR, AÑO 2020.....	61
2.13 PERSPECTIVAS O ENFOQUES TEÓRICOS DEL PROBLEMA	61
2.13.1 ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS.....	61
2.13.2 PRINCIPIOS DEL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS.....	62
2.13.3 ENFOQUE DE GÉNERO	63
2.13.4 ENFOQUE INTERSECCIONAL.....	63
2.13.5 PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	64
2.13.6 DERECHO A LA INFORMACIÓN	65
2.13.7 DERECHO A LA EDUCACIÓN	66
2.13.8 DERECHO A OPCIÓN Y PREFERENCIA	68
2.13.9 DERECHO A LA SALUD SEXUAL	69
2.13.10 DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	70
2.13.11 DERECHO A LA ASESORÍA CIENTÍFICA.....	71
2.13.12 DERECHO A LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y PARTO.....	72
2.13.13 DERECHO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	73
2.13.14 DERECHO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	74
2.14 ACCESO A LA INFORMACIÓN Y SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, INCLUIDOS SERVICIOS DE ANTICONCEPTIVOS.....	75
2.14.1 INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO.....	75
2.14.2 ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: EMBARAZO ADOLESCENTE Y PARTO SEGURO.....	75
2.14.3 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH Y DEL VIH AVANZADO.....	76

2.14.4 EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD.....	77
2.14.5 VIOLENCIA DE GÉNERO.....	78
2.14.6 PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO.	79
2.14.7 LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE EMBARAZADAS, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y CENTROS DE CONTENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19.....	80
2.14.8 ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS.....	81
CAPÍTULO III. MARCO JURÍDICO.....	84
3.1 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL	84
3.1.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.....	84
3.1.2 CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS.....	85
3.1.3 CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW) CEDAW.....	86
3.1.4 CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (BELEM DO PARÁ)	87
3.1.5 DECLARACIÓN DE TEHERÁN.....	88
3.1.6 SURGIMIENTOS DE LAS CONFERENCIAS A FAVOR DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES DE LA MUJER.....	88
3.1.7 CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, EN EL CAIRO, 1994	88
3.2 SENTENCIAS DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS.....	89
3.2.1 CASO MANUELA Y OTROS VS. EL SALVADOR.	90

3.2.2 LOS DSR COMO PARTE DEL DERECHO A LA SALUD (ART. 26 CADH).....	91
3.2.3 CASO BEATRIZ Y OTROS VS. EL SALVADOR.....	91
3.2.4 CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS VS. COSTA RICA.....	94
3.3 MARCO JURÍDICO NACIONAL	97
3.3.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA.....	98
3.3.2 CÓDIGO DE SALUD.....	99
3.3.3 LEY DE IGUALDAD, EQUIDAD Y ERRADICACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES (LIE)	100
3.3.4 LEY ESPECIAL INTEGRAL PARA UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA LAS MUJERES (LEIV).....	101
3.3.5 LEY CRECER JUNTOS.....	102
3.3.6 LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	103
3.3.7 POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	104
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	105
4.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	105
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	106
4.3 MUESTRA.....	107
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	107
CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	111
5.1 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS:	111
5.2 SISTEMATIZACIÓN DE ENCUESTAS	128
5.2.1 RESULTADOS DE ENCUESTA.....	128
CONCLUSIONES.....	136
RECOMENDACIONES.....	138
AL MINISTERIO DE SALUD.....	138
A LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS	139
A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL.....	140

BIBLIOGRAFÍA.....	142
ANEXOS.....	148
ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	148
ANEXO 2. PRESUPUESTO.....	153
ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	154
ANEXO 4. VISITA A LA COMUNIDAD.....	158

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA 1: IDENTIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS O DE INVESTIGACIÓN.....	108
TABLA 2: ENTREVISTA A PROMOTORA DE LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS.....	109
TABLA 3: PASOS DEL PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO.....	109
TABLA 4: RESULTADO DE ENTREVISTA A PROMOTORA DE SALUD.....	135

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
GRÁFICO 1: ENCUESTAS A MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS.....	111
GRÁFICO 2: ¿CONSIDERAS QUE LA PANDEMIA DE COVID 19 AFECTO TU ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?	112
GRÁFICO 3: ¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES LIMITANTES PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA Y POST PANDEMIA?	113

GRÁFICO 4: ¿USTED ACUDIÓ A LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS PARA QUE LE FUERAN BRINDADOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPO DE PANDEMIA Y POST PANDEMIA?	114
GRÁFICO 5: SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, ¿PODRÍA MENCIONAR QUE SERVICIOS SOLICITÓ? ¿UTILIZA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?	115
GRÁFICO 6: ¿CUÁL ES MÉTODO QUE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA?	116
GRÁFICO 7: ¿DURANTE EL TIEMPO DE PANDEMIA Y POST PANDEMIA RECIBIÓ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE SU ELECCIÓN?	117
GRÁFICO 8: ¿USTED SE VIO AFECTADA PARA LA REVISIÓN GINECOLÓGICA EN EL TIEMPO DE LA PANDEMIA Y POST PANDEMIA?	118
GRÁFICO 9: ¿CONSIDERA QUE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS CUENTAN CON LOS CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS?.....	119
GRÁFICO 10: ¿LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL MÉDICO FUE BASADO EN EL RESPETO Y CONFIDENCIALIDAD?.....	120
GRÁFICO 11: ¿EL PERSONAL DE SALUD EMITIÓ JUICIOS DE VALOR O DISCRIMINACIÓN MIENTRAS BRINDABA LOS SERVICIOS?.....	121
GRÁFICO 12: ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON HORARIOS DE ATENCIÓN CONVENIENTES A SUS NECESIDADES?.....	122
GRÁFICO 13: ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE ENCONTRABA EN CONDICIONES SANITARIAS ADECUADAS?	123

GRÁFICO 14: ¿EL EQUIPO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ERA EL ADECUADO?.....	124
GRÁFICO 15: ¿LA UNIDAD DE SALUD CONTABA CON LOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS NECESARIOS PARA BRINDARLE ATENCIÓN?	125
GRÁFICO 16: ¿EN CASO DE NO CONTAR CON MEDICAMENTOS, LA UNIDAD DE SALUD LE BRINDÓ OTRA ALTERNATIVA?.....	126
GRÁFICO 17: ¿LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD QUE RECIBÍ ESTABAN DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON RÓTULOS U OTRO QUE LE PERMITIERA IDENTIFICARLOS?.....	127
GRÁFICO 18: ¿CUENTA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON UN BUZÓN DE SUGERENCIAS O ALGÚN OTRO MECANISMO PARA PRESENTARLAS?	128

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

CAD: Convención Americana de Derechos Humanos

CDESC: Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos

CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

Corte IDH: Corte Interamericana de Derechos Humanos

COVID-19: La enfermedad por Coronavirus

DAES: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas

DIU: Dispositivo Intrauterino

DSDR: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

EIS: Educación Integral en Sexualidad

ESPII: Emergencia de salud pública de Importancia Internacional

ETS - ITS: Enfermedades (Infecciones) de Transmisión Sexual

ICDH: Instituto Centroamericano de Derechos Humanos

LCJ: Ley Crecer Juntos

LCVI: Ley Contra la Violencia Intrafamiliar

LEIV: Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres

LGBTQIA+: Personas que no se identifican con la heterosexualidad y el binarismo de género

LIE: Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra las Mujeres

MINSAL: Ministerio de Salud

OEA: Organización de Estados Americanos

OMS: Organización Mundial para la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

ONU / NNUU: Organización de las Naciones Unidas

ORMUSA: Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

UDSB: Unidad de Salud Barrios

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNIFEM: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

VIH-SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana - Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

VPH: Virus del Papiloma Humano

RESUMEN

Históricamente el carácter evolutivo y dinámico de los derechos humanos, nos ayuda a comprender también la progresiva inclusión de nuevos titulares de estos. Dentro de ellos, podemos ubicar a las mujeres, cuyos derechos en la agenda de los derechos humanos han merecido un tratamiento especial en las últimas décadas, fundamentalmente luego de la adopción de la Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, en 1979.

La Conferencia Mundial sobre población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, 1994, se introdujo el concepto de la salud reproductiva definiéndose como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, y sus funciones y proceso” (ONU, 1994 pág. 11).

Si bien no existen instrumentos internacionales específicos que vinculan a los Estados respecto al reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995) han tenido un impacto importante en la ruta hacia el reconocimiento de los mismos. Incluso, se afirma que, desde entonces, por primera vez, los órganos y agencias del sistema de Naciones Unidas han comenzado a trabajar, aunque en diverso grado, en la manera de integrar los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Así lo vienen haciendo, al menos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud.

En el año 2020, el gobierno de El Salvador, como muchos gobiernos en el mundo, no se encontraba preparado para la pandemia COVID-19 que se presentó a nivel mundial, lo cual afectó a la población y se realizaron diferentes esfuerzos destinados a la mitigación de la crisis y a la posterior recuperación, sin embargo, tuvo sus efectos en la salud sexual y reproductiva en mujeres, niñas y adolescentes, que fueron particularmente las más vulnerables para desplazarse a los centros de salud para recibir las consultas y controles médicos o la provisión de insumos de planificación familiar y otros servicios de salud sexual y reproductiva, ya que estos quedaron suspendidas, recibiendo solamente personal con síntomas por Covid-19.

En El Salvador, las restricciones por COVID-19 se levantaron hasta el 24 de agosto de ese mismo año, después de que la Sala de lo Constitucional declarara inconstitucionales los Decretos Ejecutivos n.º 32 y 33, relativos a los *Protocolos Sanitarios para Garantizar los Derechos a la Salud y a la Vida de las Personas en el Proceso de Reactivación Gradual de la Economía*, aplicables a las zonas occidental, central y oriental del país. Estos decretos buscaban, entre otros objetivos, prorrogar los efectos de la Fase 1 de la reactivación económica.

Tras esa resolución, el Gobierno diseñó un plan de siete puntos para ordenar la reapertura, que incluía la ampliación de la red hospitalaria, la realización de pruebas aleatorias, la entrega de kits medicinales, la creación de un tablero de indicadores para monitorear la salida gradual, la distribución de paquetes alimentarios, la emisión de un carné de inmunidad para personas recuperadas y la contratación de personal inmune para apoyar en la logística de los programas de ayuda estatal.(BLP Legal, 2020)

Sin embargo, a pesar de avanzar hacia una “nueva normalidad”, el plan no incorpora acciones específicas para dar seguimiento a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En este sentido, se investigó sobre el acceso al derecho humano a la salud sexual y salud reproductiva de mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María, a través del acceso a los servicios de SSR por parte del Estado salvadoreño a través del establecimiento de salud, en este caso la Unidad de salud Barrios, en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres está relacionada con múltiples derechos humanos, como el derecho a la vida, la integridad física o psicológica, la seguridad personal, el derecho a no ser torturada, el derecho a la salud, el derecho a la intimidad, el derecho a la educación y la prohibición de la discriminación.

Además, se hace referencia al marco legal internacional y nacional que regula la promoción, la protección de las niñas, adolescentes y mujeres en el país: Ley Contra la

Violencia Intrafamiliar; Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres; y la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación Contra las Mujeres, Ley Crecer Juntos, Política Sexual y Reproductiva.

Palabras claves: Derechos Humanos, Derechos sexuales y reproductivos, Covid-19, mujeres en edad fértil, género.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, identifica a las mujeres en edad fértil como sujetos de derechos sexuales y reproductivos. A partir de esto, se analizó la situación del derecho humano a la salud sexual y reproductiva de mujeres durante el contexto de pandemia y postpandemia por COVID-19. El Estado Salvadoreño, ante la emergencia de la pandemia de COVID-19 estableció diferentes medidas, lo que trajo consigo otras consecuencias en el área de salud, haciendo énfasis en este caso, en la salud sexual y salud reproductiva de las personas, ya que la cuarentena y aislamiento social, generaron dificultad en la prestación de los servicios de salud, además que se priorizaron atenciones por COVID-19, con el fin de evitar un posible colapso en el sistema de salud nacional. Estas medidas también afectaron en el área social y económica, ya que la falta de ingresos puso en mayor evidencia la desigualdad de género que existe en nuestro país. Por lo que resulta importante estudiar las consecuencias a nivel de derechos de salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres.

En virtud de lo anterior, se planteó como problema de investigación la siguiente interrogante: ¿Qué factores relacionados al acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y mujeres afectaron o favorecieron en la comunidad Corazón de María en el periodo de pandemia y post pandemia Covid-19, año 2020?

Para dar respuesta al problema se delimitó la investigación en el periodo de marzo a diciembre del año 2020.

Los objetivos elaborados desean identificar los servicios de salud sexual y reproductivos que brinda la Unidad de Salud Barrios a la comunidad corazón de maría, además de poder identificar las principales limitantes y barrera en la atención de la salud sexual y reproductiva de acuerdo con lo establecido en el marco normativo nacional e internacional. .

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se aplicó una metodología con enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo). Por lo que el estudio analiza un período específico de tiempo 10 meses Este método fue considerado el más idóneo, ya que permitió una mejor comprensión del fenómeno social estudiado.

La presente investigación incluye cinco capítulos principales, el cual se basa en la investigación teórica, jurídica y práctica, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva brindados a las mujeres objeto de estudio sobre la problemática planteada.

En el capítulo I se estableció el planteamiento del problema con la finalidad de desarrollar la problemática sobre el análisis de la situación del derecho a la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil durante el contexto de la pandemia y post-pandemia por covid-19 en la comunidad Corazón de María ubicada en el distrito de San Salvador Centro, El Salvador.

Seguidamente, en el capítulo II denominado Marco teórico, se denominan los derechos sexuales y reproductivos, su evolución histórica hasta la actualidad, así mismo el abordaje de la pandémica covid-19, como también los diferentes enfoques basados en Derechos Humanos y los principios constitucionales relacionados al derecho a la salud sexual y reproductiva.

Por consiguiente, en el capítulo III, es un estudio del marco jurídico internacional y nacional que protege los derechos sexuales y reproductivos, comenzando con los pactos y convenciones, seguida de la Constitución Política de la República, así como la legislación secundaria y también se hace mención a algún tipo de norma o lineamiento que tenga relación con el tema de investigación.

En el capítulo IV, contiene el desarrollo del diseño metodológico con el abordaje del trabajo de investigación, el tipo de estudio, las técnicas o instrumentos, la población y los pasos del procedimiento metodológico.

En cuanto al capítulo V, denominado Análisis de los resultados recoge la información recabada en la investigación, los gráficos donde se comprende el resultado de las mujeres encuestadas y de la entrevista, sus interpretaciones y comentarios que permitieron obtener la información de primera mano de la población objeto de estudio, así como el análisis de la entrevista de la persona conocedora del tema.

Para finalizar, se detalla el resultado de la investigación bibliográfica que fueron utilizadas para sustentar la investigación realizada, así mismo los diferentes anexos que muestran la investigación; así como las conclusiones y recomendaciones arribadas, a fin de que sean analizadas por los investigadores afines al tema y de esa manera contribuir al mejoramiento de los servicios de la salud sexual y reproductiva.

JUSTIFICACIÓN

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos (DSDR) se encuentran enmarcados dentro de los derechos humanos, y en este sentido hacen referencia a las diferentes libertades que tienen las personas para vivir su sexualidad y reproducción de manera autónoma. Durante el siglo XX, diferentes actores en el trabajo por la garantía de estos derechos se articularon con acciones en materia de salud, educación y protección. Adicionalmente, los movimientos feministas y de mujeres han aportado en la identificación de las desigualdades de género y la necesidad de que los DSDR sean abordados desde una perspectiva que avance en la eliminación de las violencias contra las mujeres y las inequidades entre mujeres y hombres (UNFPA, 2008).

Los Derechos Sexuales y Reproductivos han estado vinculados a las mujeres de manera especial porque son derechos que demandan la autonomía corporal y existencial, que apuntan hacia un campo de la libertad y de la autodeterminación individual, comprendiendo el libre ejercicio de la sexualidad y el poder de decisión en el control de la fecundidad, número de hijos, espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de los medios para ello. Los derechos sexuales al garantizar que las personas tengan control sobre su sexualidad también protegen la identidad sexual, el derecho a la elección de pareja, de orientación sexual y la ausencia de actividad sexual coercitiva. Se protege la sexualidad libre y se proscriben la violencia sexual, mutilación genital, esclavitud sexual, prostitución forzada y la discriminación por opción sexual, entre otros. (Montano y Aranda, 2006, p. 25)

La pandemia de COVID-19 supuso diferentes afectaciones en la salud en general y particularmente para efectos de esta investigación presentó efectos en la salud sexual y salud reproductiva de las personas debido, entre otras cosas, a: las medidas de cuarentena y aislamiento social, en los servicios de salud se presentaron dificultades en la prestación regular de algunos de estos, la priorización en ciertos servicios y procedimientos y el posible colapso de los sistemas de salud. Adicionalmente, las consecuencias sociales y económicas de la pandemia pueden empeorar la situación en salud de las personas, especialmente las más vulnerables, debido al empobrecimiento y la limitación de sus

fuentes de ingresos; la exacerbación de las desigualdades de género; y los cambios en el funcionamiento de programas de protección dirigidos a jóvenes, refugiados, migrantes, desplazados, víctimas del conflicto armado, habitantes de calle, población indígena y afro, y trabajadoras sexuales.(ORMUSA, 2020)

La OMS declara a la enfermedad como una emergencia de salud pública de Importancia Internacional (ESPII) el 30 de enero de 2020. Desde el 11 de marzo de 2020, según decreto ejecutivo #12, se declaró Estado de Emergencia Nacional por la pandemia COVID-19, lo que significó la reorganización de los servicios de salud para dar respuesta a la necesidad de prevención de la pandemia, lo cual llevó a desatender otras áreas importantes. (Ministerio de Salud, 2020)

“Ya sea por las restricciones de movilización, por la suspensión temporal de las consultas externas o por el miedo generalizado de las personas a acudir a un centro de salud ante la posibilidad de contagiarse de covid-19, la falta de acceso a los servicios sanitarios que no sean emergencias por coronavirus está causando un impacto. Uno de los principales efectos de la pandemia provocada por el SARS-Cov-2 en los sistemas sanitarios a escala mundial es que todos los recursos humanos médicos fueron puestos a disposición del covid-19, y una buena parte de la población afectada por esta medida están siendo las mujeres”. (Machuca, 2020).

Las proyecciones del UNFPA señaló “consecuencias catastróficas” para la salud de las mujeres, en el marco de la emergencia sanitaria mundial por la pandemia de COVID-19, en su más reciente estudio presentado por esta agencia especializada en salud sexual y reproductiva y demografía. Entre los hallazgos más prominentes del estudio se destaca que más de “47 millones de mujeres podrían perder su acceso a anticonceptivos, lo que puede provocar 7 millones de embarazos no planeados en los próximos meses”, en el marco de la emergencia por el COVID-19; así como, la incidencia de violencia por razón de género y otras prácticas que vulneran a niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres. (Kanem, 2020)

Asimismo, Kanem agregó que “la salud y los derechos reproductivos de las mujeres deben salvaguardarse a toda costa. Los servicios deben continuar prestando los

suministros deben entregarse a toda costa y debe protegerse y prestarse apoyo a las personas vulnerables” (UNFPA, 2020).

El 16 de junio del 2020 se inició la reapertura de las “actividades económicas” del país, por medio de cinco fases que el gobierno implementó, como parte de la “nueva normalidad”, lo que conllevó a tomar estrategias para la atención de los pacientes que consultaban en las Unidades de Salud. (Presidencia de la República de El Salvador, 2020)

Por otro lado, es importante analizar el conocimiento y la práctica que la población en general tiene sobre la sexualidad. ORMUSA organización de sociedad civil referente a nivel nacional en derechos de las mujeres determina que la visión de la sexualidad está determinada en su mayoría por mitos, estereotipos y prejuicios culturales derivados de la cultura androcéntrica o patriarcal; y que, por lo tanto, hablar de sexualidad sigue siendo un tabú en los diferentes ámbitos de aprendizaje y desarrollo humano.

En este sentido, es importante comprender cuál fue la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la comunidad corazón de Maria, en el marco de los derechos humanos, siendo el Estado salvadoreño el responsable de establecer las condiciones para la garantía de dichos derechos.

Finalmente, el presente estudio también se justifica en la necesidad de evaluar cómo las políticas públicas y las leyes nacionales pueden ser adaptadas o fortalecidas para reflejar mejor las necesidades de las comunidades, especialmente aquellas más vulnerables. Así también, destacar los compromisos internacionales asumidos por El Salvador, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), los cuales deben ser implementados de manera efectiva por las autoridades correspondientes a nivel local para garantizar que las comunidades puedan acceder a los recursos y servicios necesarios para el pleno ejercicio de estos derechos.

De igual forma, la investigación servirá de referencia a otros profesionales interesados en seguir estudiando la temática y también para aquellas organizaciones que desean ejecutar iniciativas comunitarias con esta población específica.

CAPÍTULO I. GENERALIDADES

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación está basada en el análisis de la situación del derecho a la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil durante el contexto de la pandemia y post-pandemia por covid-19 en la comunidad Corazón de María ubicada en el distrito de San Salvador Centro, El Salvador.

“La OMS menciona que la mitad de la población mundial no tiene acceso a servicios esenciales de salud y aproximadamente 500 millones de personas cayeron en la pobreza extrema debido a los excesivos gastos sanitarios. La situación es peor para las poblaciones que son especialmente vulnerables y los grupos marginados que se enfrentan con diversas formas de discriminación y desigualdad” (OMS, 2022, p.4)

Hay que hacer notar que el derecho al mayor nivel de salud posible sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Este derecho involucra la garantía de que el Estado disponga los recursos materiales y humanos, para garantizar a la población las condiciones necesarias, para mantener un estado óptimo de salud física, mental y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que todo ser humano tiene derecho a recibir un alto nivel de salud, así mismo ha mencionado que la calidad de atención debe ser un objetivo a alcanzar para todos, considerando la percepción y satisfacción de los pacientes y colaboradores de los establecimientos de salud. A través de la historia la Salud Pública ha conseguido llegar a posicionarse como una disciplina que es el resultado de sociedades que alcanzan una construcción social sólida y robusta, donde se evidencia el despliegue en distinta medida las funciones esenciales de Salud Pública, atravesando grandes cambios donde de análisis de situación de la salud, vigilancia en salud pública, promoción de la salud, participación social e intersectorial, desarrollo de políticas y planificación, regulación y control, equidad en acceso, recursos humanos,

calidad de los servicios, investigación en salud pública y atención a emergencias y desastre”. (World Health Organization, 2023)

La salud es un bien público de carácter inclusivo que, guardando correspondencia con el goce de otros derechos, incluye determinantes básicos y sociales en cuanto conjunto de factores que condicionan su efectivo ejercicio y disfrute. El derecho a la salud contempla la atención de salud oportuna y apropiada, conforme los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, bienes e instalaciones de salud. “El acceso al derecho a la salud comprende asimismo el acceso a los beneficios del progreso científico- como medicamentos, tratamientos y vacunas- en condiciones de igualdad y no discriminación y según el principio «pro persona», a fin de que prevalezca el debido y oportuno cuidado a la población por sobre cualquier otra pauta o interés de naturaleza pública o privada”. (Resolución 1/2020. CIDH, 2020, pág.1-2)

Cabe mencionar que, se cuenta con derechos humanos reconocidos internacionalmente, a pesar de ello nos enfrentamos a las desigualdades en el acceso a la salud. “Las desigualdades en salud son diferencias de salud injustas y evitables entre la población y entre diferentes grupos dentro de la sociedad. Las desigualdades en salud surgen por las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos. Estas condiciones influyen en nuestras oportunidades de gozar de buena salud y en cómo pensamos, sentimos y actuamos, y esto da forma a nuestra salud mental, física y bienestar”. (Organización Panamericana de la Salud, s. f.)

Cabe mencionar que la noción de salud sexual, incluida su relación con la salud reproductiva, ha ido evolucionando con el tiempo en todo el mundo. La labor de la OMS en la esfera de la salud sexual se remonta por lo menos a 1975 cuando, tras ser convocados a Ginebra por la Organización, un grupo de expertos en sexualidad humana elaboró un informe técnico sobre la formación de los profesionales sanitarios en materia de educación y tratamiento en esta esfera. En el informe, Instrucción y Asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud de la OMS, la salud sexual se definió como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y

sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Además, se indica que la atención al placer y al derecho a la información sexual son fundamentales en esta definición. (OMS, Ginebra 1975, Pág. 6)

En el año de 1994, la salud sexual se incluyó en la definición declarada de salud reproductiva del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD): “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En esta definición estaba implícita la capacidad de las personas “de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos” y la capacidad y libertad para decidir procrear, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En el informe se definió también la salud sexual y se estableció que su objetivo declarado es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. (World Health Organization, 2018, pág. 2)

“Seguidamente, los derechos sexuales y derechos reproductivos forman parte del catálogo de derechos humanos que protegen y defienden el Sistema Universal e Interamericano de Derechos Humanos; tales derechos se basan en otros esenciales incluyendo el derecho a la salud, el derecho a estar libre de discriminación, el derecho a la vida privada, el derecho a la integridad personal y a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; al derecho de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y momento de tener hijos e hijas y de tener la información y los medios para hacerlo y el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia y por lo tanto a ser libres de violencia sexual. La libertad sexual y su desarrollo constituyen un bien jurídico protegido por el derecho internacional de los derechos humanos y por tanto los Estados deben garantizar y proteger estos derechos”. (World Health Organization, 2018)

En el decenio posterior a la CIPD se avanzó considerablemente en la comprensión de la sexualidad y el comportamiento humanos en el mundo y se reconoció la enorme carga mundial para la salud —y la elevada morbilidad— causada por una amplia gama de afecciones de la salud sexual y reproductiva, entre ellas la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS); los embarazos no deseados; los abortos practicados en condiciones de riesgo; la esterilidad; las afecciones maternas y genitourinarias; la violencia de género; y las disfunciones sexuales. Además, aumentó la concienciación sobre los efectos del estigma, la discriminación y la calidad insuficiente de la atención en la salud sexual y reproductiva de las personas. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

“La salud sexual y reproductiva ha sido, hasta hace muy poco, enfocada en políticas, planes, programas e intervenciones como un ámbito exclusiva o primordialmente femenino y bastante sesgado hacia la reproducción y la planificación familiar femenina y hacia la protección masculina de las enfermedades o infecciones sexualmente transmisibles. Aunque la reproducción, para ser posible, implica a la mujer y el hombre, la fecundidad ha sido enfocada básicamente a través de indicadores femeninos. Los programas de planificación familiar, por ejemplo, han enfatizado la eficacia de los métodos, desvalorizando el uso del condón, la abstinencia periódica y el retiro, lo que ha puesto a los hombres a un lado”. (Raguz, 2002, pp. 112–113).

Considerando que en El Salvador existe una diversidad de problemas que actualmente enfrentan las mujeres en edad fértil relacionados con la falta de información y educación integral en salud sexual y reproductiva, entre ellos están: el embarazo, la maternidad temprana irresponsable e inoportuna, los abortos inseguros, el abuso sexual, infecciones de transmisión sexual como el VIH, suicidios, violencia y discriminación por razones de sexo, orientación sexual, edad, origen cultural, por presentar capacidades educativas especiales, entre otros, que afectan la salud, calidad de vida y vulneran los

derechos de los diversos grupos humanos, en especial los que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad, como es el sector femenino de todas las edades en el país. (Raguz, 2002, pp. 112–113).

Los derechos sexuales y reproductivos están implícitos dentro del derecho a la salud en la Constitución de la República de El Salvador, en el Artículo 65; “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación”. De igual forma están las leyes secundarias que expresamente lo regulan: la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación de las Mujeres (LIE) en el art. 26 establece: “[...] El Estado, en atención a las atribuciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral y reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a esos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a atención integral.(Raguz, 2002, pp. 112–113).

Muñoz (2019) afirma:

Asimismo, la legislación nacional y las políticas públicas ineficaces son las causantes de las violaciones de los derechos humanos que sufren las niñas, mujeres y adolescentes, ya que las obliga a mantenerse en la ignorancia y desinformadas sobre métodos anticonceptivos, muchas de ellas no tienen conocimiento de que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, razón por la que no acceden a los servicios de salud y esto les empuja a enfrentar el embarazo no intencional, y por ende al abandono de sus estudios imponiéndoles al ingreso prematuro al mundo laboral sin la formación adecuada y con las pocas posibilidades de acceder a un empleo bien remunerado. (Muñoz, 2019, p.24)

Para hacer frente a la situación antes expuesta, es necesario ampliar y mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva entre las mujeres en edad fértil, incluyendo el

derecho al acceso a la información y la educación integral sobre salud sexual y reproductiva; así como también, el derecho a la privacidad, confidencialidad y la autonomía personal.

Ahora bien, las crisis sanitarias traen diferentes consecuencias a la población, además de las afectaciones a la salud y económicas, limita otros derechos de las mujeres, entre ellos los vinculados a la salud sexual y salud reproductiva. En el 2020, el mundo se vio afectado por la irrupción y propagación de la pandemia de COVID 19 y la emergencia de una crisis sanitaria. Frente a ello, los Estados de la región americana adoptaron medidas para contenerla.

El Estado salvadoreño, desde inicio de la crisis del COVID-19, adoptó medidas necesarias para proteger el derecho a la vida, la salud e integridad de las personas en su jurisdicción. Dichas medidas habrían atendido a la evolución que la pandemia ha presentado y según el Estado “se destacan por haber sido firmes y oportunas, desde el primer momento de la crisis, a fin de prevenir el colapso de los servicios nacionales de salud y garantizar el acceso a una atención médica oportuna a la población”. (CIDH. 2021. p.37)

Según fuera indicado, el Poder Ejecutivo aprobó diferentes “Decretos Ejecutivos que contienen medidas extraordinarias para la prevención y contención de la pandemia”. Además, “ha promovido la adopción de Decretos Legislativos para declarar un Estado de Emergencia Nacional a raíz de la pandemia y para establecer restricciones a ciertos derechos constitucionales de forma temporal en el contexto de la pandemia exclusivamente. Lo que fue debidamente comunicado por El Salvador ante la OEA y la ONU, conforme a los compromisos internacionales vigentes” (CIDH. 2021. p.37)

En ese sentido, el 14 de marzo de 2020, la Asamblea Legislativa aprobó la Declaratoria del Estado de Emergencia Nacional por la pandemia por COVID-19 y la Ley

de restricción Temporal de Derechos Constitucionales Concretos para atender la pandemia COVID-19. Por su parte, el 21 de marzo, el Ejecutivo decretó una cuarentena domiciliaria obligatoria a nivel nacional para contener la propagación del virus y autorizo a las autoridades de seguridad pública a “conducir” a las personas que incumplieran injustificadamente la cuarentena a “centros de contención de la pandemia” o al establecimiento indicado por el Ministerio de Salud.

Si bien, la política pública de salud concentró la asignación de recursos en la atención a pacientes contagiados o sospechosos de contagio, limitando la de pacientes con otras patologías y restringiendo los servicios de salud sexual y salud reproductiva para mujeres, adolescentes y niñas, haciendo caso omiso, en muchos casos, a las recomendaciones de la OMS que los había declarado servicios esenciales.

En razón de lo anterior el objeto de la presente investigación se realizó en la comunidad Corazón de María, sobre análisis de la situación del derecho a la salud sexual y reproductiva de Mujeres en edad fértil, durante el contexto de la pandemia y post-pandemia por Covid-19, en El Salvador.

Si bien el Ministerio de Salud (MINSAL) aprobó los Lineamientos técnicos para la atención de embarazadas, niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención y centros de contención durante la pandemia de COVID-19, haciendo énfasis en la atención en salud sexual y reproductiva en casos de violencia sexual, pero no así en el seguimiento de otros procesos en el área de la salud o el acercamiento comunitario, dejando a un lado este grupo poblacional. (MINSAL, 2020)

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Durante la pandemia de COVID-19, las mujeres en edad fértil de la comunidad Corazón de María enfrentaron múltiples barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La crisis sanitaria desnudó las debilidades del sistema de salud, que se vio abrumado por la atención a pacientes con COVID-19, lo que resultó en la interrupción de servicios esenciales, incluyendo planificación familiar, atención prenatal y servicios de salud mental. Además, las medidas de confinamiento y restricción de movilidad limitaron el acceso a centros de salud, exacerbando la situación de vulnerabilidad de estas mujeres.

En el periodo postpandemia, agosto 2020, aunque se intentaron reanudar los servicios, persistieron problemas como la falta de recursos, la desconfianza en el sistema de salud, y un aumento en la violencia de género y situaciones de salud mental deterioradas. La falta de educación y conciencia sobre los derechos sexuales y reproductivos también contribuyó a la dificultad en el acceso a estos servicios.

Por lo tanto, se plantea que la salud sexual y reproductiva de las mujeres en esta comunidad se ha visto comprometida por la falta de atención durante la pandemia, así como por un entorno post-pandémico que no ha logrado restaurar completamente el acceso a los derechos y servicios esenciales. Es fundamental abordar estas problemáticas para garantizar el bienestar de las mujeres y su derecho a una salud integral.

Por lo que se establece la pregunta de investigación: ¿Qué factores relacionados al acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva afectaron o favorecieron a las mujeres en edad fértil en la comunidad Corazón de María en el periodo de pandemia Covid-19, en el periodo del año 2020?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva en mujeres desde el abordaje de los servicios de salud dirigidos a mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María durante el periodo de pandemia y post pandemia del año 2020.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Investigar si los servicios de salud sexual y reproductiva que ofrece la unidad de Salud Barrios fueron brindados a las mujeres de la Comunidad Corazón de María en el periodo de pandemia y post pandemia conforme a los estándares de calidad internacionales.
- b) Identificar las principales limitantes y barreras al acceso a la salud sexual y reproductiva para mujeres de la Comunidad Corazón de María.
- c) Describir las afectaciones que experimentaron las mujeres en edad fértil respecto al derecho a la salud sexual y reproductiva que experimentaron las mujeres en la Comunidad Corazón de María.

1.3.3 HIPÓTESIS

Para la presente investigación se considera como hipótesis central: se vulneró por parte del Estado salvadoreño el derecho a la salud sexual y reproductiva en las mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María debido a la disminución de los servicios brindados por la Unidad de Salud Barrios del Municipio de San Salvador centro.

Mientras que las hipótesis específicas se consideran:

- La principal limitante y barrera al acceso a la salud sexual y reproductiva para las mujeres de la Comunidad Corazón de María en el año 2020, fue debido a la priorización de la pandemia COVID-19, abandonando otros servicios brindados por la Unidad de Salud Barrios.

- Es importante evidenciar la vulneración de los derechos en salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María, ya que, a raíz de la violación de estos derechos, se vulneran otros derechos fundamentales tales como el derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la integridad, derecho a la igualdad, derecho a la educación, etc.

1.3.4 DELIMITACIÓN DEL TEMA

El estudio se realizó en las siguientes delimitaciones:

Geográfica:

La comunidad Corazón de María está situada cerca del barrio Residencial Villas del Árbol en el distrito de San Salvador, San Salvador Centro.

Social

Las personas que participarán en el estudio serán:

Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años

Temporal

El estudio se realizará en el periodo de marzo a diciembre de 2024.

Espacial

El estudio se realizará en la comunidad Corazón de María, situada cerca del barrio Residencial Villas del Árbol en el distrito de San Salvador, San Salvador Centro

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Para comprender a profundidad las implicaciones de la pandemia de COVID-19 en la vida de las mujeres de la comunidad Corazón de María, es indispensable establecer los cimientos teóricos que sustentan esta investigación. El presente capítulo aborda la salud sexual y reproductiva no solo desde una perspectiva biomédica, sino fundamentalmente desde un enfoque de Derechos Humanos y de Género. A continuación, se estructurará el análisis partiendo de la evolución conceptual de estos derechos, pasando por la identificación de las barreras históricas y estructurales que enfrentan las mujeres, hasta llegar a los marcos normativos vigentes. El objetivo es evidenciar cómo la teoría nos permite interpretar las carencias en la atención estatal no como hechos aislados, sino como vulneraciones sistemáticas a la dignidad y autonomía de las mujeres.

2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO DERECHO HUMANO

Históricamente, la comprensión de estos derechos ha sido un campo en disputa. Si bien los primeros instrumentos de derechos humanos proclamaban la universalidad, existía un sesgo que invisibilizaba las necesidades específicas de las mujeres. Al respecto, la teoría feminista y los organismos internacionales han señalado que:

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos relacionados con el ejercicio del control y el poder decidir libre y responsablemente sobre todos los derechos relacionados con la sexualidad, libres de toda coerción, discriminación y sobre todo libres de cualquier tipo de violencia. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos del cuerpo y como tales son derechos humanos, fundamentales e intrínsecos a las personas por el sólo hecho de ser humanas. (Obando, 2003)

Es cierto que en muchas ocasiones los derechos de las mujeres son vulnerados de la misma forma que los de los hombres. Sin embargo, en otras, sus derechos son violados de manera en que no lo son los derechos de los hombres, o que lo son, pero sólo de manera

excepcional. Estas violaciones específicas suelen estar referidas a la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Se ha hablado incluso de una ceguera de género (gender blindness) de los textos internacionales de protección de los derechos humanos, pues los primeros pactos y convenios universales y regionales no fueron diseñados con el objetivo de proteger a las mujeres frente a formas de vulneración a los derechos humanos que las afectan específicamente. (Rico, 1996, p. 12)

Según el Instituto Centroamericano de Derechos Humanos (2008), “cada minuto una mujer pierde la vida debido al embarazo y al parto. Y éste es sólo el ápice del iceberg. Por cada mujer que muere, hay entre 20 y 30 que sobreviven al parto, pero padecen lesiones debilitantes. En parte esto se debe a que un poco más de la mitad de las embarazadas de todo el mundo siguen careciendo de acceso a la atención del parto por personal capacitado, y las consecuencias son devastadoras. Según se estima, cada año 529,000 mujeres pierden la vida a raíz de complicaciones del embarazo y el parto; además, mueren cuatro millones de recién nacidos y otros cuatro millones nacen muertos. Este total es superior a la cantidad combinada de muertes debidas al SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Además, otros diez millones de mujeres padecen lesiones debilitantes, inclusive infertilidad, prolapso uterino o fístula obstétrica. La atención por personal capacitado tiene importancia crítica para reducir el número de mujeres muertas o lesionadas al dar a luz. Según se estima, si se asegurará la atención del parto por personal capacitado, con respaldo de atención obstétrica de emergencia, podría reducirse en un 75% el número de defunciones derivadas de la maternidad”. (ICDH, 2008, p. 15).

De lo anterior se desprende, que no todas las situaciones de muerte o de afectación a la salud sexual y reproductiva pueden considerarse, por sí mismas, violaciones a los derechos humanos. La mortalidad materna y la deficiente salud reproductiva constituyen una vulneración de estos derechos cuando son consecuencia, total o parcial, del incumplimiento del deber estatal de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos que integran lo que actualmente se reconoce como derechos reproductivos. En este contexto, cuando las personas funcionarias del Estado desconocen que los derechos

reproductivos forman parte del marco de los derechos humanos, o no logran abordar la salud sexual y reproductiva desde dicho enfoque, aumenta significativamente el riesgo de que se produzcan violaciones a los derechos humanos vinculadas a estas áreas. (ICDH, 2008, p.16)

Aunque, como se mencionó, no todos los casos de mala salud sexual y reproductiva sean debidos a la violación de derechos humanos, sí se puede decir que la mayoría de los casos de mala salud sexual y reproductiva de las mujeres son gracias al poco valor que la sociedad otorga a su vida, salud y bienestar o al hecho de que el paradigma de un ser saludable es el hombre, blanco, occidental, propietario, heterosexual y sin discapacidades. Por ende, se considera que la mayor parte de los casos de mala salud sexual y reproductiva de las mujeres son casos de violación a su derecho humano a la igualdad y no discriminación. Como se tratará de demostrar en los próximos párrafos, el sexismo o las relaciones de género que resultan en discriminación contra las mujeres juegan un papel muy importante en el desproporcionado número de mujeres y niñas que sufren de mala salud sexual y reproductiva. Por ende, son las mujeres las personas a quienes más se les violan los derechos reproductivos. (ICDH, 2008, p.16)

Es importante mencionar que, según UNIFEM, FNUAP, CEPAL, OMS y otros, los problemas relacionados con la salud reproductiva siguen siendo la principal causa de muerte y mala salud de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Las mujeres pobres, sufren desproporcionalmente los embarazos no deseados, la violencia de género, la muerte materna, y otros problemas relacionados con su sistema reproductivo y su conducta sexual. Además, como las mujeres jóvenes encuentran más obstáculos para acceder a la información sobre su sexualidad, son las que más sufren de embarazos no deseados. (ICDH, 2008, p.16)

Si bien es cierto que los hombres jóvenes tampoco tienen acceso a una buena información sobre su sexualidad, no sufren de la misma manera su paternidad involuntaria tanto por razones biológicas como por la construcción social del género.

Y aquí hay que recordar que, para la teoría de los derechos humanos, el principio de derechos humanos de igualdad y no discriminación, el cual establece que sin exclusión

no importa si las diferencias entre los sexos se deban a factores biológicos o sociales, porque sea por una u otra razón el Estado está en la obligación de garantizar que ambos gocen de los derechos humanos sin importar su sexo, raza o cualquier otra condición natural o social. Esta es otra razón por la cual es tan importante entender los derechos reproductivos como derechos humanos. (ICDH , 2008, p.16)

Una característica de los derechos humanos es que son dinámicos y están en permanente expansión en razón de las demandas de grupos de seres humanos excluidos de su protección o debido a los avances en el conocimiento humano. Es más, una constante en la evolución de los derechos humanos, ha sido el hecho de que progresivamente, tanto desde su teoría como en su práctica, se ha ido profundizando y ampliando el contenido de cada derecho humano, al tiempo que se sumaban nuevos derechos como parte integral e indivisible de los derechos humanos reconocidos. Como ejemplos de esta expansión, profundización o incorporación de nuevos derechos al derecho internacional de los derechos humanos puedo mencionar las generaciones de derechos humanos así como la agrupación o reagrupación de algunos derechos humanos ya reconocidos para conformar un nuevo derecho humano. Ejemplo de esto último es el derecho a vivir una vida libre de violencia de género que es el nombre que se le da a la agrupación de varios derechos incluidos en tratados internacionales de derechos humanos como el derecho a la dignidad, a la integridad, a la seguridad personal, a estar libre de tortura y otros tratos inhumanos o degradantes, etc. (ICDH , 2008, p.17)

Sin embargo, hay que señalar que en ninguno de los pactos o convenios universales o regionales de protección de los derechos humanos se emplean las expresiones “derechos sexuales” o “derechos reproductivos”, ello no ha impedido que sean protegidos, en la mayor parte de casos.

Para continuar examinando este concepto, se presenta como Sonia Correa y Rosalind Petchesky afirman que el término “derechos reproductivos” se empleó por primera vez en Estados Unidos, probablemente con la fundación, en 1979, de la Red

Nacional de Derechos Reproductivos (R2N2). (Instituto Interamericano de Derechos Humanos [IIDH], 2008, p. 16)

Sin embargo, sería a partir de la V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, el uso del término de derechos reproductivos empezó a generalizarse para reivindicar los derechos que las mujeres tienen en el ámbito reproductivo, es decir los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia representó la superación de programas de planificación centrados en “la familia”, situando a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción. Además, reconoció que la salud reproductiva y sexual tenía que entenderse en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de género. (ICDH , 2008, p.17)

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo aprobado por consenso, establece 15 muy importantes principios relacionados con la salud sexual y reproductiva. El principio 1 da comienzo con la frase: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Según el principio 8: “Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual”. Además, el capítulo VII, se titula “Derechos y salud reproductivos” con lo cual se hace un vínculo explícito entre los derechos reproductivos y la salud. (ICDH , 2008, p.17)

Ello explica por qué el Programa de Acción de la CIPD contiene una definición de los derechos reproductivos, que fue ratificada en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995. En virtud de esta definición “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por

consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. (ICDH , 2008, p.17)

2.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS CONCEPCIONES SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA

Lo sexual ha sido no solo un tema de debate a lo largo de la historia, sino también objeto de regulaciones, preocupaciones éticas e incluso de políticas públicas. Como señala Pérez Navarro (2016), lo sexual ha sido depositario de numerosas ansiedades sociales en diferentes sociedades y épocas. En ese sentido, “tenemos que saber lo que ha sido y lo que es, antes de poder decidir racionalmente lo que debería o podría ser” (p. 350).

De ahí que sea necesario conocer cuáles son los argumentos que se han delineado históricamente en el discurso social sobre lo sexual y su derivación en lo que hoy llamamos sexualidad. El término “sexo” en las culturas occidentales puede hacer referencia a cuestiones tan diferentes como una relación amorosa, un ‘tipo’ de persona, una práctica erótica o un género. Sin embargo, esto no siempre fue así. En el siglo XVI, el término “sexo” definía la división de la humanidad en dos sectores, el masculino y el femenino. Fue hasta principios del siglo XIX que el mismo término empezó a ser usado para referirse a las relaciones físicas entre los sexos –“tener relaciones sexuales”. (Weeks, 1998)

Así que por lo tanto, prevalecía la creencia de que el “sexo” es una fuerza natural irresistible, un impulso biológico focalizado en los genitales, que surge intempestivamente y que “arrasa con todo lo que tiene enfrente (por lo menos si eres hombre). En el fondo de este supuesto reinado de los genitales, estaría la necesidad de la especie de reproducirse, de modo que la sexualidad natural correspondería únicamente al coito genital

heterosexual. Ni hablar entonces de otras manifestaciones de lo sexual, las cuales han sido ya descalificadas como ‘perversas’. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 89).

De esta manera, la idea de que la heterosexualidad y cierto modelo de sexualidad son “naturales” ha servido para justificar la desigualdad de género, la discriminación sexual y la violencia. A lo largo de la historia de Occidente, los temas relacionados con el sexo, el cuerpo y las conductas sexuales han sido importantes en el pensamiento social. Sin embargo, como señala Weeks, en los últimos cien años la sexualidad también ha pasado a ser una preocupación creciente para especialistas del ámbito médico, profesionales de otras áreas y distintos actores sociales. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 89).

Por otra parte, y continuando con el fin de analizar estas ideas “no se puede negar que los cuerpos sexuados como conjunto de órganos, necesidades, impulsos, posibilidades y límites biológicos existen y son distintos, pero, contradictoriamente, tampoco podemos negar la diversidad del deseo sexual, del placer erótico, de los comportamientos y de las identidades.” (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 89).

La relación entre estos dos niveles puede entenderse a partir de los significados que las distintas culturas atribuyen a los cuerpos diferenciados y de los procesos sociales mediante los cuales dichos significados se van construyendo. En la cultura occidental, por ejemplo, el género suele concebirse como una división tajante entre “el hombre” y “la mujer”, a la que se le asignan de forma casi obligatoria determinadas prácticas sexuales y, con ellas, ciertas formas de sujeción. No obstante, es importante subrayar que esta visión esencialista no es uniforme ni responde a un solo grupo social, aunque instituciones como la Iglesia Católica han desempeñado un papel particularmente influyente en su difusión y permanencia. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 89).

Partiendo de lo anterior, se podría deducir que probablemente surja de un proceso histórico de construcción de significados, jerarquías, poderes, relaciones, etc., que cristalizó en estos contenidos dominantes que circulan por todo el tejido social, permeando instituciones, símbolos, identidades y normas (Scott, 1996). Diversos actores sociales han

participado en este proceso inclusive con estrategias de resistencia y debate. En el presente siglo, algunos desarrollos científicos han logrado cuestionar el esencialismo con planteamientos ciertamente radicales”. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 89).

No queda la menor duda que será relevante para esta investigación indagar en los supuestos teóricos de la evolución del concepto de sexualidad y su aplicación en las dinámicas relacionales entre hombres y mujeres.

Weeks afirma que son cuatro las fuentes fundamentales de este cuestionamiento:

a) Los estudios de la antropología social han documentado la enorme variación en conductas, significados, identidades y culturas sexuales a lo largo de todo el mundo. Desde los estudios clásicos de sexualidad de Malinowski (1929), Mead (1935) y Devereux (1937), en las primeras décadas del siglo XX, hasta los estudios antropológicos feministas de las décadas recientes como los publicados en las antologías y publicaciones compiladas por Rosaldo y Lamphere (1974), Rayna R. Reiter (1975), Olivia Harris y Kate Young (1979)”. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 89).

b) Freud (1905) cuestionó frontalmente las versiones esencialistas de la sexualidad al afirmar que el impulso sexual no tiene más objeto que la satisfacción y que nacemos con una bisexualidad originaria. De esta manera, el impulso sexual de un cuerpo femenino no tiene por destino un cuerpo masculino, ni viceversa. Freud argumenta que, al nacer con un impulso sexual indiferenciado, el niño y la niña son ‘perversos polimorfos’ en el sentido de que viven el placer sexual a partir de una infinidad de actividades, las cuales no siempre tienen que ver con la genitalidad y mucho menos con un objeto fijo de deseo.” (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 90).

c) “La nueva historia social fundada por Foucault y desarrollada por Weeks, Laqueur y los historiadores de las mentalidades y de la vida privada (Foucault, 1976; Laqueur, 1990; Weeks, 1985) ha demostrado que la sexualidad, la homosexualidad e inclusive el cuerpo son construcciones culturales históricamente específicas. En realidad, se trata más bien de la producción misma de la sexualidad,

a la que no hay que concebir como una especie dada de naturaleza que el poder intentaría reducir, o como un dominio oscuro que el saber intentaría, poco a poco, descubrir. Es el nombre que se puede dar a un dispositivo histórico: no una realidad por debajo en la que se ejercerían difíciles apresamientos, sino una gran red superficial donde la estimulación de los cuerpos, la intensificación de los placeres, la incitación al discurso, la formación de conocimientos el refuerzo de los controles y las resistencias se encadenan unos con otros según grandes estrategias de saber y de poder.” (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 91).

Es decir que, para este historiador, al contrario de lo que se piensa actualmente, lo sexual no ha sido reprimido, sino más bien incitado, mencionado, sugerido, en un intento por nombrarlo y así facilitar su control y regulación. Para Foucault, la sexualidad no es entonces más que un dispositivo de poder construido históricamente con el fin de localizar el control de los sujetos dentro de ellos mismos y no en el poder soberano, lo cual es característico de la conformación del sujeto moderno. En ese sentido, lo que se llama hoy ‘sexualidad’ no es más que una posibilidad entre muchas, y los sujetos hetero u homosexuales – como personas con características esenciales - son apenas una invención del siglo pasado, aunque las prácticas y deseos no lo sean. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 91).

“Fue hasta el siglo XVIII cuando se construyó una diferencia radical sobre todo en cuestiones de aparatos reproductores y sexuales, cuando los ... órganos que habían compartido nombre (como ovarios y testículos) no se distinguían a nivel lingüístico. Se dio nombre a los órganos que no disfrutaban de nombre propio, como, por ejemplo, la vagina. Las estructuras que se habían considerado comunes a hombre y mujer –esqueleto y sistema nervioso- fueron diferenciadas de forma que se correspondieran al hombre y la mujer culturales... Los cuerpos de las mujeres, en su concreción corporal, científicamente accesible, en la misma naturaleza de sus huesos, nervios y, lo que es más importante,

órganos reproductores, hubieron de soportar una nueva y pesada carga de significado. En otras palabras, se inventaron los dos sexos como nuevo fundamento para el género.”

d) “Como lo afirma la máxima “lo personal es político”, el feminismo y los movimientos homosexuales han forzado a las sociedades a pensar a la sexualidad no sólo como una expresión del placer y la vida, sino también como una relación de poder. Esta concepción de la relación entre la intimidad y el poder ha permitido, como Vance señala que “el feminismo haya conseguido hacer públicas actividades que antes eran inmencionables, como la violación y el incesto” (Vance, 1989: 18), o que los movimientos gays afirmen su derecho a la diferencia.” (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 92).

Si siguiendo a Rubin (1984), podemos afirmar que la sexualidad tiene su propia política interna, sus desigualdades y sus particulares formas de opresión. Al igual que otros aspectos de la conducta humana, las formas institucionales de la sexualidad en cualquier momento y lugar dados son productos de la actividad humana por lo que están impregnadas de los conflictos de interés y de los movimientos políticos”. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 93).

Si hacemos caso de todo lo anterior, en realidad la sexualidad es la parte más culturizada de los humanos en el sentido de que el cuerpo por sí mismo, como organismo biológico y fisiológico, no significa nada. Es la cultura la que le otorga significado y a partir de él organiza estructuras sociales como por ejemplo la del género. Como podemos constatar, no queda nada de naturaleza en esa definición. Para Foucault y el construccionismo, la sexualidad como naturaleza no existe. Más bien es una invención histórica. Los diversos placeres, las prácticas y las fantasías han existido siempre, así como los cuerpos y sus posibilidades, pero no poseen significados intrínsecos, y su agrupación bajo el concepto de “sexualidad”, como si fuera un sistema biológico análogo al sistema digestivo o respiratorio, es una invención histórica de la burguesía europea en los siglos XVIII y XIX (Vance, 1989).

Para efectos de esta investigación, los postulados de Foucault contribuyen a reforzar la concepción de que la sexualidad tiene un componente social que se forma en

el nivel social al igual que el género. Por lo que hace importante su estudio y como este se vive en sociedad.

Por ello, la sexualidad tiene historia. Por ejemplo, los impulsos mismos han sido incitados en diferentes momentos del desarrollo del capitalismo, para permitir un mayor manejo y control de los sujetos. Para Foucault, la relación entre impulso y cultura durante los siglos XVIII y XIX en Europa no ha sido ni remotamente una relación de represión, sino más bien una relación positiva en tanto crea identidades, favorece sentires y genera posibilidades de placer. Nunca antes se había incitado tanto al discurso sobre lo sexual como en los últimos siglos, nunca antes el secreto a voces del placer fue tan estridente. La ‘puesta en discurso’ del sexo permitió precisamente el nacimiento de saberes especializados que colaboraron en el diseño de dispositivos de vigilancia y autovigilancia antes desconocidos. Se incita al discurso para saber y poder entonces regular, normar, clasificar. (Foucault, 1976)

“La idea de que la sexualidad es la esencia del individuo ha sido, según Foucault, un dispositivo de poder que permitió a las sociedades modernas la regulación de los sujetos por dos vías: por un lado, la de los cuerpos individuales a través de la vigilancia que cada quien hace de su deseo, de su placer, de sus prácticas y de la sujeción a una cierta identidad, y por otro, la regulación de las poblaciones a través de la lucha por el control (o promoción) de la natalidad. Desde esa idea, se requiere que los sujetos sean conscientes y construyan permanentemente una identidad sexual y se vigilen a sí mismos para que a su vez participen en un cierto diseño poblacional que conviene a los estados.” (Foucault, 1976)

En ese sentido, dice Foucault (1976) la sexualidad se inventó para la administración de la vida. Este proceso histórico fue posible en un primer momento gracias a la difusión e imposición de la confesión católica, y sus fundamentos religiosos y morales.

Seguidamente se menciona que “Después, gracias al desarrollo de la ciencia, es decir, la sustitución de la confesión católica por el diván psicoanalítico o por la consulta sexológica, psiquiátrica o médica. Al cuestionar el origen divino de todo fenómeno, el

movimiento de la Ilustración y el positivismo científico defendieron el racionalismo, de modo que en cuanto al sexo, el esencialismo y la idea de que la sexualidad determina al ser, pasó de ser una concepción religiosa a ser una verdad científica.” (Foucault, 1976,p.52)

“Es decir, con la secularización de la vida social en Occidente, en lugar - o además de - consultar al sacerdote, las personas de ciertas clases y grupos sociales se acercaron a psicoanalistas, sexólogos o psiquiatras. Si la religión construía pecados, la ciencia construyó tipos de sujetos; primero anormales, y después, como contraparte, normales. Por ejemplo, la sexología – aunque seguramente con buena intención – acuñó el término ‘homosexual’ ya no para designar prácticas que habían existido desde siempre, sino para nombrar un ‘tipo diferente’ de persona, una esencia ‘distinta’. ¿De qué o de quién? De aquello que no se había nombrado por su invisibilidad y dominio: lo y ‘el’ o ‘la’ heterosexual. Es decir, la normalidad construida por la sexología fue tardía en relación a la supuesta anormalidad, debido a que, en general en todo proceso social, no es necesario nombrar la norma”. (Foucault, 1976, p.52)

De igual forma, el autor agrega lo siguiente: “Así, el esfuerzo científico por definir más exactamente los tipos y formas de la identidad y el comportamiento sexual fue lo que “convirtió a la homosexualidad y a la heterosexualidad en términos opuestos”. (Foucault, 1976, p.53)

Bajo este mismo contexto, menciona: “De modo que el sujeto homosexual – mas no las prácticas ni los deseos homosexuales - es una invención sumamente reciente y marca el nacimiento de las identidades sexuales de la era moderna. Como afirma Weeks, ‘la sodomía era vista como una aberración eventual; el homosexual, en cambio, como miembro de una especie.’ (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 94).

Con el surgimiento y apropiación paulatina de las identidades sexuales surgió una contradicción importante: si bien las identidades han permitido que los sujetos que viven prácticas no heterosexuales construyeran un sentido de comunidad – sumamente importante en el trabajo sobre VIH/Sida - también los obligan a fijar el deseo, la práctica y los significados que se les atribuyen. Es decir, no es que haya una conexión esencial o

intrínseca entre deseos y conductas sexuales, por un lado, e identidades por otro, sino que es precisamente la invención de éstas últimas lo que marcó la construcción de sujetos fijados a cierto deseo en particular. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 95).

Por ello, toda la fluidez del deseo demostrada por Freud y el psicoanálisis, y la dimensión histórica que Foucault reclama, se arriesgan en la conformación del sujeto como ‘fijado’ a un deseo en particular. Es decir que la identidad sexual como concepto definitorio del sujeto afirma una supuesta universalidad del cuerpo humano; una universalidad de la sexualidad y de su experiencia. (Secretaría de las Mujeres de Coahuila, s. f., p. 95).

2.3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES

El concepto de salud reproductiva ha evolucionado en las últimas décadas “desde una visión limitada a la planificación familiar a un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano” (OPS, 1998).

Con base en las conferencias internacionales de población, se traza la evolución histórica que ha tenido el concepto de SSR, para luego, bajo la conceptualización actual, mostrar su relación con la calidad de vida/bienestar de la población. (OPS, 1998).

2.4 UNA VISIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SSR

Durante los primeros setenta años del siglo XX, los países y los organismos internacionales se preocupaban principalmente por las consecuencias económicas y sociales del rápido crecimiento poblacional de la época. Esto se acentuó mucho más en la región latinoamericana entre 1960 y 1970 cuando la mayoría de los países vivía la llamada “explosión demográfica” causada por un descenso en la mortalidad frente a unos niveles altos y estables de fecundidad. Esta preocupación se hace explícita en la Conferencia de Población realizada en 1974 en Bucarest, en la cual se hacen unas recomendaciones centradas en la necesidad de establecer fuertes programas de planificación familiar,

orientados a satisfacer una demanda de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil (Corvalán, 1997; OPS, 1998).

En los años ochenta, se difundió el concepto de promoción de la salud y la atención de los programas se centró principalmente en la salud materno-infantil. El objetivo de los programas era reducir la morbimortalidad de los infantes a través de intervenciones en la salud materna – embarazo, parto y atención perinatal – como uno de sus factores determinantes (OPS, 1998). La planificación familiar se abordó inicialmente como un programa separado y paralelo a aquellos de salud materno-infantil. Después de un tiempo, y con el objeto de dar mayor coherencia y efectividad a los programas de salud, estas dos líneas programáticas se integraron en una sola: salud materno-infantil y planificación familiar (Corvalán, 1997).

En los años noventa, se adopta un nuevo concepto, más amplio, de salud y derechos reproductivos, incluyendo la planificación de la familia y la salud sexual (UNFPA, 2004).

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo, los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos sobre derechos humanos, y declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo (OPS, 1998).

En este contexto, el diseño de los servicios se orientó al individuo, con énfasis en los derechos humanos, la libertad y las responsabilidades que conllevan el libre ejercicio de la sexualidad. Las políticas y programas se definieron bajo la perspectiva de género y se documentó la necesidad de integrar a la salud pública aspectos del desarrollo humano como la educación y la nutrición, entre otros (OPS, 1998).

Hoy día, la SSR se refiere “[en el plano personal]... a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer desemboca en la menopausia y el climaterio y en el hombre en la andropausia... [En el

plano colectivo]... es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales” (OPS, 1998).

Bajo esta conceptualización amplia, los países participantes en la CIPD de 1994 adoptaron la meta de garantizar acceso universal a la salud sexual y reproductiva en el 2015: “Acceso universal para el 2015 del rango más amplio posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar, incluyendo métodos de barrera, y acceso a los servicios de salud reproductiva: cuidado obstétrico, prevención y manejo de infecciones reproductivas incluyendo infecciones de transmisión sexual” (WHO, 2006, p. 2)

Posteriormente, en septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de metas asociadas, las cuales son comúnmente aceptadas como un marco para monitorear el progreso hacia el desarrollo (WHO, 2006; IPPFWHR, 2006; Associated Press, 2006).

De los 8 ODM definidos en el 2000, el quinto se relaciona con la salud materna, planteando la meta de reducir en $\frac{3}{4}$ la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (WHO, 2006). A pesar de la importancia dada a la SSR en el CIPD, ésta no estaba incluida dentro de las 18 metas asociadas a los 8 objetivos definidos en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos gobiernos y de ONGs, en octubre del 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta al quinto Objetivo del Milenio: garantizar acceso universal a la salud reproductiva en el 2015 (IPPFWHR, 2006).

2.5 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ACTUALIDAD

En 2024 se conmemora el trigésimo aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 en El Cairo. El encuentro dio como resultado un acuerdo mundial histórico que concibió a la humanidad como el pilar fundamental del desarrollo y que tuvo la firme determinación de mejorar la salud, los derechos y las opciones de toda la población. Manifestó una concepción del potencial humano que desde entonces ha servido de estímulo a grandes progresos y que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (fruto del consenso de la comunidad internacional en 2015) ha reflejado y potenciado. (UNFPA, 2024, p.8)

Con todo, la agenda de la CIPD solo se ha cumplido en parte y quienes más lo han constatado son quienes más sufren la marginación. Las desigualdades atraviesan todas las sociedades e impiden que algunas personas gocen de salud y derechos en el ámbito sexual y reproductivo. Todavía existen diferencias en cuanto a poder y oportunidades por motivos de género, raza y etnia —entre otros muchos factores— que, tanto por separado como al combinarse, restringen en buena medida las opciones y el acceso de la población. (UNFPA, 2024, p.8)

Estas dinámicas se materializan cuando se le deniega información sobre salud sexual a una mujer con discapacidad, cuando se obliga a contraer matrimonio a una niña que vive en una aldea pobre o cuando una persona o mujer embarazada perteneciente a una minoría étnica se topa con prácticas vejatorias que no se ponen en tela de juicio en los sistemas de salud. Una de las prioridades más urgentes a escala global consiste en acelerar las medidas encaminadas a cumplir las promesas de la CIPD para quienes han quedado rezagados al ser apartados. (UNFPA, 2024, p.8)

Se trata de una cuestión prioritaria porque la autonomía corporal de cada persona —es decir, el poder y la capacidad de decidir sobre nuestro cuerpo y futuro sin violencia ni coacciones— depende del acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Este es el factor que determina los logros de los que podemos beneficiarnos a lo largo de la vida en lo que respecta a la salud, pero también a la educación, el empleo y la participación política. (UNFPA, 2024, p.8)

Desde la CIPD, se han logrado avances extraordinarios en ámbitos fundamentales de la salud sexual y reproductiva como consecuencia de la movilización social, el liderazgo, las alianzas y el compromiso de las partes interesadas, que van desde quienes trabajan en los puntos de prestación de servicios sanitarios en zonas remotas hasta las altas instancias gubernamentales, empresariales y filantrópicas. (UNFPA, 2024, p.9)

Entre 2000 y 2020, la mortalidad materna a nivel mundial disminuyó en un 34% (OMS et al., 2023), una victoria que se atribuye principalmente a la mejora del acceso a la atención obstétrica especializada y de urgencia. De 1990 a 2021, la cifra de mujeres que recurren a métodos anticonceptivos modernos se duplicó (Departamento de Asuntos

Económicos y Sociales de las Naciones Unidas [DAES], 2022). La tasa de embarazos no intencionales se redujo en un 19% entre los períodos 1990-1994 y 2015-2019 (Bearak et al., 2018).

Desde 2000, los partos de adolescentes de entre 15 y 19 años se han reducido en cerca de la tercera parte (UNFPA, 2023). Las tasas de infección por el VIH han experimentado una fuerte bajada: en 2021 se registraron casi un tercio menos de infecciones nuevas que en 2010 (Naciones Unidas, 2023). La proporción de niñas a las que se somete a la mutilación genital femenina también ha disminuido con creces debido a que las actitudes con respecto a tal práctica han cambiado (UNICEF, 2022). A medida que la situación de las mujeres ha ido mejorando —como demuestran, por ejemplo, las conquistas lentas pero estables en lo tocante al desempeño de funciones de liderazgo (Naciones Unidas, 2023)—, otro tanto ha sucedido con el reconocimiento de la importancia de la autonomía corporal en cuanto que derecho humano (ACNUDH, 2017).

La adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2015 marcó el punto en el que, mediante el indicador 5.6.1, la comunidad internacional trató de cuantificar la capacidad de las mujeres para ejercer su autonomía corporal, una iniciativa pionera a escala global que ratifica la idea de que la autonomía corporal es un imperativo de derechos humanos. Además, los gobiernos han procurado ofrecer protección a las mujeres y las niñas por medio de la legislación: 162 países han promulgado leyes contra la violencia doméstica (Banco Mundial, s. f.).

En lo que supone otro avance de la autonomía corporal, la oposición a criminalizar la sexualidad del colectivo LGBTQIA+ es cada vez mayor en todo el planeta. Al comienzo de la pandemia de sida, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo estaban tipificadas como delito en la mayoría de los países, mientras que ahora están despenalizadas en dos tercios de ellos. Es posible que los avances se produzcan a más velocidad que antes, ya que en 2022 se abolieron más leyes punitivas de esta naturaleza que en cualquiera de los últimos 25 años. (HIV Policy Lab et al., 2023)

También encontramos motivos para el optimismo en los nuevos modelos de atención a la salud que se basan en datos empíricos sólidos y el reconocimiento de los

derechos humanos. Dichos modelos llegan a más personas y tienen mayor capacidad de respuesta ante los diversos contextos y necesidades humanas. Por ejemplo, los modelos de autoasistencia en el ámbito de la atención de la salud cuentan con el respaldo del UNFPA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones de salud pública a raíz de la evolución acelerada de las nuevas tecnologías que facilitan que los usuarios promuevan su salud y la conserven y afronten las enfermedades y discapacidades sin la intervención directa de ningún profesional sanitario. (UNFPA, 2024, p.13)

Gracias a este tipo de adelantos, el acceso a la salud sexual y reproductiva podría ampliarse enormemente (UNFPA, 2024). Otro signo prometedor es que haya cada vez más conciencia de que la atención de la salud que ofrecen las parteras cualificadas —cuya profesión antiquísima ha quedado relegada a los márgenes de la medicina moderna desde hace mucho tiempo (véase el capítulo 2)— es un recurso vital que ahorra costos (UNFPA et al., 2021).

Se va extendiendo más la noción de que la igualdad de género es una de las inversiones más acertadas para el desarrollo, puesto que arroja beneficios sociales y económicos cuantiosos (UNFPA, 2023a), mientras que el rendimiento económico de la inversión en salud sexual y reproductiva también resulta atractivo.

Según los cálculos del UNFPA, si se gastarán otros 79.000 millones de dólares de los Estados Unidos en países de ingreso mediano y bajo de aquí a 2030, por ejemplo, se evitarían 400 millones de embarazos no planeados, se salvaría la vida a 1 millón de madres y 4 millones de recién nacidos y se generarían beneficios económicos por un valor de 660.000 millones de dólares (UNFPA, 2022). No obstante, y pese a todo lo logrado, el día a día de millones de personas apenas si ha cambiado y todavía se enfrentan a grandes dificultades para ejercer sus derechos, sobre todo porque la discriminación de género y demás formas de marginación están muy arraigadas. (UNFPA, 2024, p.8)

Los datos más recientes muestran que, en 69 países, el 25% de las mujeres no tiene la posibilidad de tomar las decisiones más elementales sobre su cuerpo. Una cuarta parte de la población femenina no puede negarse a mantener relaciones sexuales con su marido

o pareja. En casi 1 de cada 10 casos, utilizar anticonceptivos no depende de ellas (UNFPA, 2024a).

No obstante, los datos no se han traducido todavía en una mejora palpable de la autonomía corporal de las mujeres. Solo un tercio de los países aproximadamente llega siquiera a notificar estos datos, y por primera vez, disponemos de datos sobre tendencias del indicador 5.6.1 de los ODS, recopilados en más de 30 países. Si bien 19 han constatado una tendencia positiva en lo que respecta a la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, 13 han recorrido el camino opuesto (UNFPA, s. f.).

Los progresos encaminados a restringir las muertes maternas evitables fueron prometedores en su día, pero se han estancado en buena medida: a efectos prácticos, la tasa mundial de reducción anual de las muertes maternas fue de 0 entre 2016 y 2020 (OMS et al., 2023). Esto se traduce en que aún fallezcan durante el parto unas 800 mujeres al día. Casi todas esas muertes podrían evitarse.

Como el Dr. Mahmoud Fathalla (exdirector del Programa Especial sobre Reproducción Humana de las Naciones Unidas) afirmó categóricamente, “las madres no mueren debido a enfermedades que no podemos tratar, sino porque las sociedades todavía no han decidido que merece la pena salvarles la vida” (Fathalla, 2012).

En las muertes maternas tenemos un microcosmos muy revelador de las desigualdades que inciden en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, ya que son sumamente evidentes tanto de un país a otro como a nivel nacional. El lugar donde las mujeres dan a luz puede convertirse en la línea que separa la vida y la muerte: la inmensa mayoría de las muertes maternas (más del 70%) se registran en África Subsahariana, una región que concentra a muchos de los países menos adelantados y a los sistemas de salud más frágiles del mundo. (UNFPA, 2024, p.14)

Si una mujer de esta región sufre complicaciones durante el embarazo y el parto, tiene una probabilidad de morir casi 130 veces mayor que si viviera en Europa o América del Norte. También existen discrepancias muy marcadas y generalizadas dentro de un mismo país o región. Por ejemplo, las mujeres más ricas de Madagascar son cinco veces

más propensas que las más pobres a dar a luz con ayuda de profesionales cualificados (ONU-Mujeres et al., 2023).

En todo el continente americano, las personas afrodescendientes tienen más posibilidades de ser víctimas de la violencia obstétrica (UNFPA et al., 2023). Se observan asimismo desigualdades en materia de acceso a métodos anticonceptivos modernos por motivos de raza y etnia (Jackson et al., 2017), situación migratoria y condición de persona refugiada (Raben y van den Muijsenbergh, 2018), nivel de estudios, situación socioeconómica y residencia en zonas urbanas o rurales (Makumbi et al., 2023).

Pese a estas diferencias —o quizás precisamente por ellas—, muy pocos países recaban datos sobre las necesidades y los obstáculos en materia de salud sexual y reproductiva. Aún son menos los que desglosan los datos según factores que ya se sabe que contribuyen al desamparo, la discriminación y la marginación: la cultura, la etnia, la raza, la casta, el idioma y la religión, la discapacidad, el estado serológico con respecto al VIH/sida, la situación migratoria, la orientación sexual y la identidad de género, entre otros. Al mismo tiempo, el entorno digital es terreno abonado para que se sucedan con rapidez problemas nunca vistos. En el campo de la salud, las tecnologías dan pasos agigantados y ofrecen posibilidades muy halagüeñas en relación con la mejora de la información, la simplificación de la burocracia y la ampliación del acceso a la atención médica. Sin embargo, hay una brecha digital de la que todavía no han podido escapar millones de personas. (UNFPA, 2024, p.8)

La inteligencia artificial y otros adelantos tecnológicos reproducen los sesgos y las normas discriminatorias que ya están en vigor, lo cual podría agravar las desigualdades. A modo de ejemplo, algunos sistemas de diagnóstico asistidos por computadora han demostrado obtener resultados más precisos si el paciente es un hombre blanco comparado con personas de otros géneros y razas (Muro y Egbokhare, 2023).

Los últimos estudios también recalcan que la tecnología abre otra puerta al peligro de que se produzcan casos de explotación y malos tratos. (UNFPA, 2024, p.13)

La agenda de la CIPD surgió porque personas de toda condición tuvieron la firme determinación de colaborar para hallar soluciones a preocupaciones compartidas en lo

referente a la población y el desarrollo, que apuntan a “los grandes cambios de actitud de la población del mundo y de sus dirigentes por lo que hace a la salud reproductiva, la planificación de la familia y el crecimiento de la población” (UNFPA, 1994). Desde entonces, el impulso que generó ha servido de sostén y reafirmación para los avances relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Aunque ningún país puede proclamar que ha llegado a toda la ciudadanía, casi todos están en condiciones de celebrar que han mejorado notablemente. (UNFPA, 2024, p.13)

Muchos, conscientes de que se trata de un pilar fundamental de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 ODS conexos, se han consagrado a agilizar los progresos. Con todo, la aparición de numerosas crisis —por ejemplo, conflictos, consecuencias climáticas y la pandemia de COVID-19— han hecho peligrar la trayectoria favorable de los últimos decenios y constituyen una amenaza para los avances venideros. Además, se ha puesto en marcha una contraofensiva implacable y bien orquestada a la igualdad de género y los derechos humanos. (UNFPA, 2024, p.13)

Si bien la oposición a la salud y los derechos sexuales y reproductivos se justifica con el pretexto de las tradiciones y se disfraza de nostalgia en muchos casos, es incompatible con los consensos ya asentados y los acuerdos fundamentales de derechos humanos, rechaza el saber científico y médico consolidado y empeora las divisiones e inestabilidad políticas (Kanem, 2023; Instituto Guttmacher, 2017).

La intransigencia con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos deriva en que se margine más a las comunidades que ya se habían quedado atrás o se habían visto apartadas. Las tentativas encaminadas a controlar la fecundidad y restringir la autonomía corporal afectan de manera desproporcionada a las personas migrantes, las personas con discapacidad y las comunidades indígenas y minoritarias, así como a otros muchos grupos. La falta de educación sexual integral limita el derecho a la información y la educación; asimismo, puede tener más probabilidades de dejar sin opciones a los y las jóvenes con menos recursos para resolver correctamente sus dudas. (UNFPA, 2024, p.13)

Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversos cuyos derechos se deniegan sin ambages han sido testigos del recrudecimiento de estas circunstancias (El Chamaa, 2023). En paralelo a la tendencia mundial de despenalización de la orientación sexual y la identidad del colectivo LGBTQIA+, los países que no han seguido este camino han aumentado las sanciones que aplican —y que pueden ser tan duras como la pena de muerte—, aunque las pruebas no dejan lugar a dudas de que la tipificación penal no solo incrementa la tasa de infecciones por VIH y lleva consigo la vulneración de los derechos humanos, sino que también perjudica las economías. (UNFPA, 2024, p.13)

2.6 LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La salud sexual y reproductiva: La salud sexual y reproductiva es la posibilidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria, así como la posibilidad de reproducirse. Su principio central es la libertad de decidir uno mismo si, cuándo, con qué frecuencia y con quién tiene relaciones sexuales. Las Naciones Unidas definen la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. La salud reproductiva incluye la salud sexual “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (ETS)” (Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.2)

De acuerdo con el *European Parliamentary Forum on Population and Development* [EPF] (2013), la salud sexual y reproductiva abarca la planificación familiar, así como:

- una exhaustiva educación sexual,
- servicios de salud materna y neonatal,
- diagnóstico y tratamiento de ETS (inclusive VIH/SIDA),
- salud sexual y reproductiva adolescente,
- detección del cáncer cervical,
- asesoramiento en materia de infertilidad.

Temas como la violencia de género, las prácticas dañinas, la coerción o el abuso sexual también tienen un impacto negativo en la salud reproductiva (EPF, 2013, p. 1).

Los derechos sexuales y reproductivos son el derecho de cada individuo a:

La toma de decisiones reproductivas, incluyendo la elección de casarse y de determinar el número y el espaciamiento de sus hijos, y el momento de tenerlos

La seguridad sexual y reproductiva, incluyendo el derecho de no padecer violencia ni coacción sexuales

Estar informado y tener acceso a métodos de planificación familiar de su propia elección seguros, efectivos, asequibles y aceptables. Esto incluye otros métodos de su elección para regular su fertilidad que no violan la ley

Tener acceso a los servicios de atención de la salud pertinentes que permitan a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto, ofreciendo a las parejas las mejores oportunidades de tener un hijo sano

Información y los recursos necesarios para ejercer estas elecciones. El derecho a la salud sexual y reproductiva se basa en los derechos humanos – establecidos desde hace mucho tiempo – a la vida, la libertad y la seguridad personal, la igualdad de tratamiento, la privacidad, la educación y el desarrollo, la igualdad de género y el más alto nivel posible de salud física y mental.

Desde esta perspectiva de derechos humanos, cada individuo – irrespectivamente de su sexo, orientación sexual, edad, raza, estado socioeconómico, estado civil, estado de VIH (u otra ETS) – tiene derecho a decidir sobre su salud sexual y reproductiva. (EPF, 2013, P.1)

La salud y los derechos sexuales y reproductivos afectan a cada ser humano en cada fase de la vida. Conciernen a todas las personas que experimentan el amor, el deseo de procrearse y crear una familia, educar a sus hijos y mantener relaciones sexuales. Por consiguiente, la salud sexual y reproductiva es una preocupación de por vida tanto para mujeres como para hombres, desde la infancia hasta la vejez. Los programas de salud sexual y reproductiva deben adaptarse en función de las distintas necesidades y los

desafíos de las personas en distintos momentos de sus vidas. Esto se llama el “enfoque de ciclo de vida”. (EFP, 2013, P.1)

En muchas culturas, la discriminación de las chicas y mujeres que empieza en la infancia puede determinar sus perspectivas para el resto de sus vidas. La importancia de la educación y de una atención sanitaria apropiada surge en la infancia y la adolescencia. Siguen siendo importantes puntos de atención en los años reproductivos junto con la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual (ETS), una nutrición adecuada y los cuidados durante el embarazo, el estatus social de la mujer y asuntos relacionados con el cáncer cervical y de mama. Las actitudes masculinas frente al género y las relaciones sexuales nacen en la niñez y a menudo quedan fijadas de por vida. O sea: la salud y los derechos sexuales y reproductivos son de importancia vital para cada ser humano a lo largo de su vida. (EFP, 2013, P.1)

2.7 PANDEMIA POR COVID-19 EN EL SALVADOR

En enero 2020, tras la alerta internacional por los casos de coronavirus registrados en la República Popular China y otros países como Estados Unidos, las instituciones que conforman el Gabinete Ampliado de Salud de El Salvador se declararon en emergencia con el fin de contener la aparición de casos en el país. El primer caso confirmado en El Salvador se anunció oficialmente el 18 de marzo de 2020 (MINSAL, 2020)

En marzo de 2020 el Ministerio de Salud anunció que en la red pública solamente atenderían casos de COVID-19, emergencias y enfermedades crónicas, lo cual implicó profundas afectaciones para el resto de las necesidades de atención en salud, que fueron asumidas principalmente por los hogares, redes comunitarias y el sector privado. Sobre este aspecto, es importante señalar que el acceso a la salud es desigual para la población, pues depende de variables como el nivel de ingresos, la cobertura de los sistemas y las zonas geográficas de residencia. (Romero y Álvarez, 2022, p. 5).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2021), el presidente del país tomó el liderazgo en la promoción de un estricto

confinamiento contra la COVID-19, con el respaldo de todos los niveles, incluida la Oficina de País OPS/OMS (p. 2).

El 11 de marzo de 2020, unos días antes de que se informara del primer caso oficial de COVID-19 en el país, el presidente Nayib Bukele introdujo uno de los bloqueos más estrictos del mundo. La población estaba obligada a quedarse en casa excepto para comprar en la tienda de conveniencia más cercana y solo los trabajadores esenciales reconocidos permanecían en movimiento. Las unidades del ejército se desplegaron en puestos de control y tenían la autoridad para colocar a los infractores en centros de detención para su cuarentena. Se estableció una línea telefónica especial “132” para evitar que el Sistema telefónico colapsara con llamadas. La intención inicial era mantener este bloqueo durante 30 días; las medidas de restricción finalmente permanecieron en vigor durante casi tres meses. (WHO, 2021, P.2)

Durante los primeros cuatro meses de la epidemia, todos los esfuerzos se concentraron en contener el COVID19, las campañas de vacunación y las actividades de control de vectores del dengue (un problema endémico en El Salvador), fueron relativamente desatendidas. Sin embargo, los esfuerzos de vacunación en el año 2020 aún lograron alcanzar el 85% del nivel objetivo, por debajo de la cifra del año 2019, del 94%. Un efecto positivo (e inesperado) del incremento en el énfasis en una mejor higiene, especialmente el lavado de manos regular y el uso de mascarillas, ha sido una disminución de las enfermedades gastrointestinales y respiratorias. (WHO, 2021, P.2)

A finales de julio se habían completado las dos primeras fases del proyecto del nuevo hospital en San Salvador y los recordatorios constantes de la OPS al Ministerio de Salud y a los proveedores institucionales para mantener los servicios de atención de la salud materna y neonatal, actualizaciones del PAI y servicios de salud esenciales, especialmente vacunas, así como las enfermedades transmisibles críticas (VIH, TB) comenzaron a escucharse nuevamente. También se compartieron con las autoridades pertinentes, recomendaciones para adaptar el primer nivel de atención, incluidos los métodos y el alcance de las intervenciones. (WHO, 2021, p.2)

Con la disminución del número de casos en el cuarto trimestre del 2020, se reinició el Plan Nacional Regular de Vacunación y se reanudaron (más o menos) las campañas de vacunación, tal y como estaban en marcha antes de la crisis. La vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) se introdujo por primera vez y se administraron casi un millón de dosis de la vacuna contra la influenza. La vacuna contra el VPH permitió a la OPO trabajar en estrecha coordinación con UNICEF y ambas agencias brindaron apoyo técnico y financiero para reactivar los servicios esenciales de salud. (WHO, 2021, p.2)

Se brindó un sólido apoyo técnico para ayudar al sistema de información sanitaria del país a adaptarse a los desafíos de graficar la nueva pandemia. Esto incluyó el trabajo conjunto con el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Salud Reproductiva (CLAP/WR) de la OPS en Washington, D.C. Uno de los resultados fue la actualización del sistema de información perinatal en todas las unidades de atención materna hospitalaria para detectar el impacto del COVID-19 en la salud materna y neonatal. (WHO, 2021, p.2)

2.8 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SALVADOR

Según ORMUSA (2021) “en el El año 2020 se caracterizó por la emergencia sanitaria provocada por el apareamiento del virus SARS-CoV-2 en todo el mundo, esto llevó a que el sistema de salud nacional estuviese enfocado en contrarrestar la propagación y mortalidad del COVID-19, aún sobre otras enfermedades. La emergencia evidenció la necesidad de fortalecer los servicios y el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población en el país, especialmente para amplios sectores que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad, entre ellas las mujeres”. (ORMUSA, 2021, p.1)

2.9 IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE CÁNCER EN MUJERES EN EDAD

FÉRTIL

El análisis de esta investigación centra su atención en los tipos de cáncer relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. De enero a diciembre de 2020, el Ministerio de Salud (MINSAL), registró 1702 nuevos casos de cáncer de mama en mujeres, además de 42 decesos a causa de este padecimiento. También contabilizó

1,460 casos nuevos de cáncer de cérvix y 55 defunciones por tumores malignos de órganos genitales femeninos. En la mayoría de los casos de cáncer registrados por el sistema nacional de salud, los nuevos diagnósticos y muertes son de mujeres. Con respecto a casos de cáncer en población masculina, el MINSAL registró para finales de 2020, 241 casos nuevos de cáncer de próstata y 39 muertes a causa de este tipo de cáncer. (ORMUSA,2021, p.1)

Las cifras indican que los casos identificados en 2020 son sustancialmente inferiores a los números registrados en 2019, posiblemente influenciado por la disminución de consultas médicas en la red hospitalaria, como consecuencia de la atención concentrada en la pandemia. Según autoridades de salud, las atenciones no se restringieron de manera oficial, pero las dificultades de movilización durante la cuarentena domiciliar, la suspensión de servicio de transporte público, el temor al contagio de COVID 19, forzó a pacientes de esta enfermedad a no buscar asistencia médica o interrumpir sus tratamientos. (ORMUSA,2021, p.1)

El diagnóstico oportuno puede significar o permitir una esperanza de vida mayor, por ello es importante la consulta preventiva mediante las citologías y otros exámenes que facilitan la detección temprana. (ORMUSA,2021, p.1)

Instituciones internacionales, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) comentan que “la falta de acceso a servicios médicos podría resultar en buscar ayuda médica en etapas ya muy avanzadas de una enfermedad” (ORMUSA,2021, p.1)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) detalla la medida sobre leyes y reglamentos a escala nacional que garantiza a hombres y mujeres de 15 años y mayores, acceso pleno y en condiciones de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a información y educación en la materia, El Salvador obtiene los siguientes puntajes en ese informe 2021. El Indicador 5.6.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) busca medir en qué medida los países tienen leyes y reglamentos nacionales que garanticen el acceso pleno e igualitario a las mujeres y los hombres de 15 años o más a la atención, información y educación de salud sexual y reproductiva. El

indicador es un porcentaje (%) escala de 0 a 100 (existen leyes y reglamentos nacionales para garantizar el acceso pleno e igualitario), indicando la situación de un país y el progreso en la existencia de dichas leyes y reglamentos nacionales. El indicador 5.6.2 sólo mide la existencia de leyes y reglamentos; no mide su aplicación. (ORMUSA,2021, p.2)

Sin embargo, aun cuando esta institución ha otorgado un buen puntaje a nuestro país, el año 2020 demostró que todavía faltan mecanismos para garantizar el acceso a métodos de anticoncepción en situaciones ordinarias o de emergencia. Prueba de ello, es que el año 2020 cierra con datos menores en comparación con los registrados en el 2019. Nuevamente queda en evidencia que la sociedad salvadoreña sigue colocando sobre los hombros de las mujeres la responsabilidad de prevenir la reproducción, pues las estadísticas indican que la mayoría de las usuarias de métodos de planificación son mujeres y en menor cantidad, son hombres. Para el año 2020, el 99.95% eran mujeres y solo el 0.045% fueron hombres. (ORMUSA,2021, p.2)

La falta de suministro de métodos anticonceptivos, trae consigo otras consecuencias. Por ejemplo, al no utilizar los métodos de barrera, además de que las mujeres no están protegidas ante un embarazo, también están expuestas a adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS). (ORMUSA,2021, p.2)

2.10 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los diagnósticos de ITS en el 2020 también se vieron reflejadas en menor cantidad en comparación con el año 2019. El MINSAL diagnosticó 9305 casos de infecciones de transmisión sexual (ITS), un equivalente a 31.3% menos que al año 2019, cuando se registraron en el país 13,540 casos. El número de casos nuevos en el año 2020 está por debajo que los casos recibidos por dicha institución en 2018, que ascienden a 11,525.

Según datos proporcionados por el MINSAL, la inscripción de embarazos también se vio reflejada a la baja; sin embargo, esto no puede traducirse inmediatamente a que hay una reducción significativa, porque también hay que descartar la posibilidad de que algunas mujeres no tuviesen la posibilidad de acercarse a un establecimiento de salud para su debida inscripción.

2.11 EL VIH, OTRA ENFERMEDAD DIFÍCIL DE ATENDER EN 2020

Según cifras oficiales, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en El Salvador, se registró en 518 personas, durante los meses de enero a diciembre de 2020. Esto supone una disminución con los datos obtenidos para el 2019 en donde los casos nuevos sumaron 732. Al analizar los casos nuevos desagregados por mes, es evidente que a partir de abril (mes en el que las medidas de movilización a causa del COVID-19 fueron más estrictas), los casos diagnosticados tendieron a la baja, reestableciéndose paulatinamente a partir de septiembre. (ORMUSA,2021, p.3)

2.12 MUERTES MATERNAS EN EL SALVADOR, AÑO 2020

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, las muertes maternas aumentaron un 70.36% en el 2020 en comparación con datos 2019. Esto significa que el año pasado ocurrieron 46 muertes, mientras que en el 2019 se registraron 27. Todas son mujeres de diversas edades, incluyendo 4 niñas y adolescentes menores de 18 años; el 41% procede de municipios de San Salvador y Ahuachapán, especialmente de zonas rurales y de escasos recursos económicos. (ORMUSA,2021, p.3)

2.13 PERSPECTIVAS O ENFOQUES TEÓRICOS DEL PROBLEMA

2.13.1 ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

El Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) aporta un marco conceptual y metodológico fundamentado normativamente en estándares internacionales de Derechos Humanos y operativamente dirigido a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. A partir de la Declaración de Entendimiento común de las Naciones Unidas, se establece que á Todos los programas de desarrollo, políticas y asistencia técnica deben perseguir la realización de los derechos humanos tal y como se establece en la Declaración Universal y otros instrumentos internacionales. Los estándares y principios de los derechos humanos deben guiar toda la cooperación para el desarrollo y la programación en todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación. La cooperación para el desarrollo contribuye a desarrollar las capacidades de los titulares de derechos para

exigir éstos y de los titulares de obligaciones para cumplir con éstas. (Fernández Aller y Luis Romero, 2011)

2.13.2 PRINCIPIOS DEL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS

Como se ha señalado, los principios de derechos humanos deben integrar todas las políticas y acciones de desarrollo. Estos principios son:

Universalidad e inalienabilidad: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. (Art. 1 Declaración universal). De esta forma, los derechos pertenecen a cualquier ser humano, se refieren a todos, con independencia de cualquier otra consideración.

Indivisibilidad: Todos los derechos humanos tienen el mismo status. No cabe la posibilidad de dividirlos en categorías que prioricen unos sobre otros, ya que todos son igualmente importantes.

Interdependencia e interrelación: Los derechos son interdependientes. La realización de un derecho en muchas ocasiones depende de la realización paralela de otros derechos. Es necesaria una visión global.

La igualdad y no discriminación: figuran entre los elementos fundamentales de la legislación internacional sobre los derechos humanos. Están enumerados y explicados en numerosos instrumentos internacionales. (Fernández Aller y Luis Romero, 2011)

Los principios de derechos humanos se aplican a la salud sexual y reproductiva (SSR) garantizando autonomía, igualdad, no discriminación y acceso a información y servicios de calidad. Actúan como marco obligatorio para que los Estados aseguren vidas libres de violencia, coacción y riesgos evitables, empoderando la toma de decisiones informadas sobre el cuerpo.

En conclusión, la integración de los derechos humanos en las estrategias de lucha contra la pobreza contribuye a lograr que los individuos y grupos vulnerables sean tratados sobre una base igual y no discriminatoria y no sean desatendidos. La experiencia de los derechos humanos aporta igualmente numerosas ideas útiles con respecto a la eficacia de

las leyes, las políticas y las prácticas contra esa discriminación y favorables a la igualdad. (Fernández Aller y Luis Romero, 2011)

2.13.3 ENFOQUE DE GÉNERO

El enfoque de género refiere a observar, analizar y promover transformaciones respecto de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad. La incorporación de este enfoque ha surgido de la necesidad de apreciar y valorar la realidad desde una perspectiva de justicia y equidad y, por consiguiente, en las labores de diseñar, implementar, evaluar políticas e intervenciones públicas, valorar buenas prácticas y obtener aprendizajes. (MIDEPLAN, 2017)

Por un lado, procura controlar los posibles efectos e impactos adversos derivados de las intervenciones y cuidar de no incurrir en discriminación por razón de género y, por otro, a promover la igualdad de oportunidades con especial énfasis en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de las mujeres a través de su empoderamiento como titulares de derechos. El enfoque de igualdad de género en la evaluación contribuye así a una más completa valoración de la intervención en el desarrollo, profundizando el alcance de los criterios de evaluación a través de un conjunto de herramientas metodológicas y analíticas que se han desarrollado ampliamente en los últimos años y contribuye a explicar cómo ocurren los procesos que dieron origen a la intervención además de poner en evidencia la exclusión, discriminación y rezagos de determinados colectivos (MIDEPLAN,2017)

2.13.4 ENFOQUE INTERSECCIONAL

“La interseccionalidad constituye una de las mayores contribuciones conceptuales del feminismo en los últimos veinticinco años. La luz que arroja en el estudio de los complejos mecanismos de discriminación ha permitido identificar la diversidad de las interacciones generadas por la subordinación de muy diferente tipo: por razones de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, (dis)capacidad, nivel socioeconómico y otras. Dicha heterogeneidad obstaculiza, en algunas regiones, el empleo de esta herramienta conceptual en la práctica, y subraya la necesidad de indagar en las

diferencias y matices —que suelen originarse en las interacciones con culturas, prácticas e instituciones existentes— con el objeto de mejorar los niveles de praxis y estrategias locales.” (Barbera, 2016, p.105)

“Así, permite concebir el posicionamiento individual como un conjunto indivisible (Anthias 2002; 2009; Brah y Phoenix 2004; Brah 2012; La Barbera 2012; Yuval-Davis 2006; Nash 2008). Además, invita a examinar en qué manera la interconexión inextricable de sexismo, racismo y clasismo —junto con otros sistemas de subordinación— contribuye en la creación, mantenimiento y refuerzo de las desigualdades formales e informales que sufren las mujeres (Berger y Boiroz 2009).

El enfoque de la interseccionalidad se convirtió en la última década en una palabra clave en los estudios feministas de habla inglesa, y representa actualmente un tema de investigación de crucial importancia para las ciencias sociales anglosajonas (Cho et al. 2013). Sin embargo, a pesar de la popularidad que ha ido ganando, el enfoque de la interseccionalidad se desarrolló a nivel teórico de forma controvertida y su difusión tanto a nivel geográfico como disciplinar fue desigual. Es un concepto que requiere por tanto exploraciones teóricas ulteriores y mayor difusión fuera del ámbito académico anglosajón. En especial, en el Sur de Europa donde este enfoque ha sido hasta ahora casi del todo ignorado”. (La Barbera, 2016, p.105)

2.13.5 PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y EL DERECHO A LA SALUD

SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los principios de derechos humanos en salud sexual y reproductiva (SSR) son normas internacionales universales (dignidad, igualdad, autonomía) enfocadas en la protección integral, mientras que los derechos constitucionales son normas nacionales positivadas que garantizan el acceso, servicios y protección jurídica específica dentro de cada Estado, vinculando el derecho a la salud, vida e intimidad.

En este apartado se detallan los principios constitucionales que están relacionados con los derechos sexuales y reproductivos entendidos como derechos humanos, los cuales se describen a continuación:

2.13.6 DERECHO A LA INFORMACIÓN

Se reconoce en la doctrina que el derecho a la información es una de las manifestaciones o componentes de un derecho más amplio: el de la participación ciudadana; que se enmarca en las nuevas tendencias globales de transformar las democracias representativas en democracias participativas. (Ferrando G. Enrique. S/f.)

Este derecho incluye el derecho de toda persona a que se le dé información clara sobre su Estado de salud, sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular. Se encuentra regulado en varios textos internacionales, incluyendo el artículo 19 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. (IIDH, 2008)

“Las personas tienen derecho a recibir información completa sobre salud sexual y reproductiva; este derecho, al igual que todos los derechos reproductivos, se encuentra firmemente arraigado en los estándares internacionales de derechos humanos, que incluyen la protección de los derechos a la vida, a la salud, a la educación y a la no discriminación. A nivel internacional se entiende que estos estándares garantizan el derecho de las mujeres a proteger su salud y tomar decisiones sobre su sexualidad y reproducción”. (Centro de Derechos Reproductivos, 2010, p. 2).

“Así que todas las personas deben de tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente.” (Centro de Derechos Reproductivos, 2010, p. 2).

La salud y los derechos sexuales y reproductivos afectan a cada ser humano en cada fase de la vida, y conciernen a todas las personas que experimentan el amor, el deseo de procrearse y crear una familia, educar a sus hijos y mantener relaciones sexuales. Por consiguiente, la salud sexual y reproductiva es una preocupación de por vida tanto para mujeres como para hombres, desde la infancia hasta la vejez. Los programas de salud sexual y reproductiva deben adaptarse en función de las distintas necesidades y los desafíos de las personas en distintos momentos de sus vidas. Esto se llama el enfoque de “ciclo de vida” (Centro de Derechos Reproductivos, 2010, p. 2).

El derecho a información y educación sobre la salud sexual y reproductiva de todas las personas, incluyendo el acceso a información completa sobre los beneficios y riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno. (Centro de Derechos Reproductivos, 2010, p. 2).

2.13.7 DERECHO A LA EDUCACIÓN

El derecho a la educación es un derecho social que no tiene relación con la libertad, sino que es la posibilidad que se reconoce a todos los individuos para desarrollar sus capacidades físicas e intelectuales; es el derecho al acceso al saber, a la instrucción y a la formación necesaria en las distintas etapas de la vida, para que la persona pueda lograr su desarrollo y ser útil a la sociedad. (Bertrand Galindo et al 1996.)

Este derecho incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva, así como el derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.

El derecho a la educación ha sido reconocido internacionalmente en varios tratados internacionales, tales como la Declaración Universal art. 26, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, sociales y Culturales, art. 13 y 14 y la Convención sobre los Derechos del niño en su Art. 28.

El derecho a la educación y su relación con otros derechos reproductivos puede ser analizado en diferentes niveles. En un primer nivel, el derecho a la educación básica es esencial en el contexto de los derechos reproductivos. El acceso de las mujeres a la educación básica contribuye a su empoderamiento dentro de su familia y en su comunidad;

contribuye a que la mujer tome conciencia de sus derechos y le permite acceder en condiciones de mayor competitividad al mercado laboral. (IIDH. 2008.)

Los derechos a la educación e información son componentes esenciales de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Tener información basada en hechos, sin prejuicios, sobre la sexualidad y la salud reproductiva es una de las mejores formas de asegurar que las personas puedan tomar decisiones saludables e informadas. Es así que toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer. (Iraheta Hurtado y Silva Guadrón, 2016).

El derecho a la educación también tiene un impacto en otros aspectos de la vida sexual y reproductiva de las personas. Por ejemplo, las niñas que reciben educación tienen más probabilidades de posponer el matrimonio y la crianza de los hijos, de decidir con quién casarse, de planificar su familia, y cuando se embarazan, tienen más probabilidad de utilizar servicios de salud profesionales y tener un embarazo y un parto seguro. Al mismo tiempo, tienen menos probabilidades de perpetuar prácticas peligrosas para las mujeres, tales como el matrimonio precoz y la mutilación/corte de genitales femeninos, y tienen más probabilidades de participar en la toma de decisiones. La educación es una herramienta para romper el ciclo de la pobreza, una de las principales causas de la mala salud sexual y reproductiva, y abre la puerta a mayores oportunidades para el auto desarrollo y medios de vida. (Iraheta Hurtado y Silva Guadrón, 2016).

La Asociación Mundial para la Salud (2015) en la declaración de los derechos sexuales, expresa que “toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad. La educación integral de la sexualidad debe ser apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer”

2.13.8 DERECHO A OPCIÓN Y PREFERENCIA

Antes de referirse al derecho a opción y preferencia, debemos de diferenciar “sexo” “género” y “orientación sexual”, la diferencia entre los conceptos sexo y género radica en que el primero se concibe como un hecho biológico y el segundo como una construcción social. El Comité de Naciones Unidas que monitorea el cumplimiento de la CEDAW ha establecido que el término «sexo» se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que el término «género» se refiere a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas. (Guerrero, Hernández et al. 2019.)

La orientación sexual es una atracción constante hacia otra persona en el plano emotivo, romántico, sexual o afectivo; es uno de los componentes de las sexualidades humanas, junto con el sexo biológico, la identidad del género y la expresión de género. Al hablar de la sexualidad como derecho sexual, se incurre en el error de referirse a la orientación sexual de las personas como una preferencia, opción, elección o condición cuando el término correcto empleado por la Organización Mundial de la Salud es Orientación. (Guerrero, Hernández et al. 2019.)

Este derecho debería de estar tutelado por legislaciones universales, enfatiza a vivir la sexualidad según la propia orientación, ya que no existe un estilo superior o más respetable que otro y todas las variaciones que la imaginación logre crear, mientras sean por mutuo consentimiento y no busquen dañar a terceros, son igualmente válidas. La razón de ser de la ley para protección de la vida y la sociedad contiene implícito el respeto por el derecho de las personas para decidir sobre su propia vida, con el estilo y variaciones que deseen y puedan en la intimidad de sus espacios, de sus cuerpos y sus sensaciones; la democracia no predica postulados diferentes, sólo que no suele pensarse ni aplicarse a la dimensión sexual, por lo cual se halla limitada.

En noviembre de 2006, en la ciudad Yogyakarta, Indonesia fueron desarrollados y adoptados “Los principios de Yogyakarta” siendo una serie de principios de como se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación

sexual e identidad de género, que ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los Estados deben cumplir. Los Principios de Yogyakarta, son una serie de principios sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Los Principios ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los Estados deben cumplir. Prometen un futuro diferente, donde todas las personas, habiendo nacido libres e iguales en dignidad y derechos, podrán ejercer ese precioso derecho adquirido al momento de nacer. (Corte Suprema de Justicia de El Salvador, 2022)

2.13.9 DERECHO A LA SALUD SEXUAL

La salud es un concepto relativamente moderno. Por muchos años se definía de manera negativa como ausencia de enfermedad, sin embargo, actualmente se dan una serie de definiciones de la misma, siendo la más aceptada la que figura en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “La Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Así mismo menciona “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Constitución Organización Mundial para la Salud, 1949.)

Nuestra constitución vigente contempla el rubro de la salud pública y de la asistencia social en la sección cuarta del capítulo segundo que trata de los derechos sociales. Fue a partir de la Constitución de 1950 que se consideró que la salud de los habitantes de la Republica constituye un bien público. En este sentido podríamos decir que al declarar la Constitución que la salud es un bien público ha querido significar que ese estado de completo bienestar físico, mental y social que va más allá de la sola ausencia de afecciones o enfermedades, como diría la Constitución de la OMS, debe de ser disfrutada por todos los habitantes de la república como aspiración de la sociedad salvadoreña.

Ahora bien, hablar de salud sexual, que es un elemento tan importante de salud, de derechos humanos y, en general, de bienestar y de desarrollo social; no siempre ha poseído

la relevancia que ha alcanzado en la actualidad a nivel mundial. Esta trascendencia, más bien, es el resultado de un largo y paulatino proceso de cambio de creencias gestado por diversos movimientos sociales, entre los que destaca el movimiento feminista.

Estos, incesantemente cuestionaron la aplicación de políticas sesgadas y coercitivas en torno a la sexualidad y a la reproducción, y refutaron a las doctrinas que se erigieron como su sustento teórico, las cuales buscaban defender intereses económicos y políticos particulares y no el bienestar de la población en general. (Ramos Padilla, 2006, p. 201)

“La salud sexual no abarca la totalidad de la salud reproductiva, ni viceversa, sino que ambas están íntimamente relacionadas.”

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual de la siguiente manera: “...un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.” (OMS, 2006.)

Existe un consenso según el cual la salud sexual no se puede alcanzar y mantener sin el respeto y la protección de algunos derechos humanos. «Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación» (OMS, 2006)

2.13.10 DERECHOS REPRODUCTIVOS

Este derecho humano incluye el derecho a la salud reproductiva.

Los derechos reproductivos se fundan en una serie de garantías de derechos humanos fundamentales consagradas en los instrumentos fundacionales y en los tratados internacionales y regionales sobre la materia. (UNPFA, Sf.)

El origen del concepto de derechos reproductivos se encuentra reconocido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, el cual reza “un Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (UNFPA, s. f.).

“Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.” (UNFPA, s. f.).

“En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (UNFPA, s. f.).

2.13.11 DERECHO A LA ASESORÍA CIENTÍFICA

Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual (Declaración de los Derechos Sexuales, 2014)

El derecho al beneficio del progreso científico implica el derecho de disfrutar de nuevas técnicas de evolución sobre métodos relacionados con la salud sexual y reproductiva, ya sean estos, relacionados con la prevención del embarazo, o sean técnicas para mejorar la fertilidad de las personas, incluyendo a hombres y mujeres. También se incluyen métodos para controlar o prevenir el SIDA, u otra enfermedad de transmisión sexual. Asimismo, implica que el Estado tome las medidas necesarias para asegurar que

la población tenga acceso a estos métodos a través de costos más accesibles para todos. (González y Serrano, 2010)

Las intervenciones relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva deben cumplir las normas relativas a la calidad de la atención, entre ellas, basarse en la evidencia científica y prestarse de forma respetuosa y positiva. Específicamente, las intervenciones de salud sexual se deben caracterizar por: mantener la privacidad y confidencialidad de la persona; presentar la información con claridad, sin coacciones y fomentando la toma de decisiones con la información suficiente; ser prestadas por personas debidamente capacitadas, competentes y que no juzguen al paciente; y velar por que los servicios de salud almacenen y utilicen cantidades adecuadas de material de calidad (tanto productos como equipos) (OMS, 2018)

“El derecho a la asesoría científica se refiere a la guía y el apoyo proporcionado por expertos en ciencia para ayudar a tomar decisiones basadas en el conocimiento científico. Esta asesoría puede incluir la interpretación de datos, la evaluación de riesgos y beneficios, y la recomendación de acciones basadas en la evidencia científica. En un contexto de investigación, por ejemplo, un asesor científico puede ayudar a diseñar un experimento o interpretar resultados.” (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], s. f.).

“El derecho a la asesoría científica es un concepto que se relaciona con el acceso a información y orientación basada en la ciencia para tomar decisiones informadas en diversos contextos.” (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], s. f.).

2.13.12 DERECHO A LA PROTECCIÓN Y ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y

PARTO

Este derecho es una manifestación del derecho a la salud consagrado en la Constitución de la República arts. 2 y 65 Cn., así como en el art. 26 de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres literal d), estableciendo que es el derecho a recibir atención médica oportuna y adecuada durante el embarazo,

parto y periodo posterior, pero también garantizar un estado de bienestar físico y mental durante esas etapas.

Este derecho engloba tanto el derecho a una maternidad sin riesgos, a que los embarazos sean deseados y el acceso a una atención cualificada para la salud de la embarazada y del feto o del bebé. Principalmente, ninguna mujer debería quedarse embarazada por falta de información o por falta de acceso a los recursos anticonceptivos, del mismo modo, ninguna mujer embarazada debería carecer de los cuidados necesarios para llevar adelante su embarazo sin riesgos, asimismo, los cuidados deben continuar de modo que quede garantizada tanto la salud de la mujer embarazada como la del bebé.

2.13.13 DERECHO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los servicios de salud deben garantizar a los/as adolescentes el acceso universal, equitativo y con continuidad a los métodos anticonceptivos (MAC) de calidad, incluido el preservativo como doble protección (anticonceptiva y preventiva de ITS), en el marco de un espacio confidencial de orientación y escucha. “El acceso a la anticoncepción es un derecho de las/os adolescentes, factor de desarrollo humano y social. El proceso de orientación sobre los diferentes métodos, su efectividad, su uso correcto, la libre elección informada y la posibilidad de obtenerlos en forma oportuna y continua deberían contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. La orientación y el procedimiento de entrega de métodos anticonceptivos deben estar enmarcados y seguir los lineamientos del MSP” (MINSAL, 2009)

Es por ello que se debe de garantizar que todas las personas tengan acceso a sus métodos anticonceptivos modernos, seguros, confiables y preferidos refuerza varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida, a la libertad; la libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud y de otros tipos. El uso de anticonceptivos modernos tiene la capacidad de proteger la salud de las personas con capacidad de gestar de los riesgos relacionados con el embarazo no intencional, sobre todo en las adolescentes o personas con enfermedades crónicas. (MINSAL, 2009)

2.13.14 DERECHO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La conferencia Internacional para mejorar la salud de las mujeres y los niños por medio de la planificación Familiar, celebrada en Nairobi, Kenia en octubre de 1987. En ella se establece que “la capacidad de la mujer de controlar su propia fertilidad constituye una base importante para el goce de otros derechos” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010)

Este derecho también tiene como base el derecho humano a la salud, que permite acceder a una salud sexual y reproductiva incluida la educación integral, la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el asesoramiento antes de la fecundación, durante el embarazo y el parto, así como el tratamiento de la infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida como la fecundación in vitro, de acuerdo a lo que establece la LIE en art. 26 lit. c) y d).

El derecho a la planificación familiar se vincula directamente con principios constitucionales como el derecho a la salud, la igualdad, la libertad y la autonomía personal. Garantizar este derecho implica que el Estado debe asegurar acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva, permitiendo que las decisiones sobre la reproducción sean voluntarias, informadas y responsables, en concordancia con los principios de no discriminación y progresividad consagrados en la Constitución.

Durante la pandemia, la suspensión o limitación de servicios de planificación familiar vulneró no solo el derecho a la salud, sino también la autonomía reproductiva de las mujeres, evidenciando un incumplimiento de los principios constitucionales de igualdad y progresividad en la prestación de servicios sanitarios.

La utilidad teórica del derecho a la planificación familiar en esta investigación radica en su capacidad para ofrecer un marco conceptual que permite analizar las barreras al acceso de servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia y post-pandemia. Este derecho no solo sustenta la interpretación de los testimonios recogidos, sino que también permite vincular las experiencias individuales de las mujeres con principios constitucionales y normas internacionales de derechos humanos, incorporando

además una perspectiva de género que visibiliza las desigualdades estructurales en la toma de decisiones reproductivas

2.14 ACCESO A LA INFORMACIÓN Y SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, INCLUIDOS SERVICIOS DE ANTICONCEPTIVOS

El enfoque de derechos, aplicado a la planificación familiar, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas y de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de calidad. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007). El proveedor de salud que proporcione consejería debe de conocer la información de todos los métodos: tasa de efectividad, uso, efectos secundarios, signos de alarma, aplicación del método, horario de abastecimiento, y documentación respectiva en la manera correcta y apropiada.

La atención de planificación familiar con calidad requiere que el sistema de atención, con todos sus componentes funcione bien, lo cual incluye:

Infraestructura: espacio con privacidad para proveer los servicios

Suministros y equipo: báscula, tensiómetro, métodos anticonceptivos, materiales de información, educación y comunicación, muestrarios de planificación familiar.

Proveedores capacitados: Equipo multidisciplinario involucrado en la atención de la persona (Todo personal que labore en los establecimientos de salud).

Los procesos de atención bien aplicados tales como: consejería, la decisión libre e informada, aplicación del método/ referencia, cita para seguimiento. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007).

2.14.1 INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Con respecto al aborto, en El Salvador, está prohibido en casi todas las circunstancias, lo que representa una de las legislaciones más restrictivas en el mundo.

2.14.2 ATENCIÓN DE LA SALUD MATERNA: EMBARAZO ADOLESCENTE Y PARTO SEGURO

Al establecer pautas para la atención de la adolescente en todas las fases que componen el proceso de embarazo (detección, control prenatal, parto y puerperio), es

importante considerar las condiciones propias de estas edades y deben tener como objetivo la vigilancia de la condición de salud en adolescentes con embarazo. (Ministerio de Salud, 2021, p. 71)

“El personal de salud desarrollará acciones educativas con la embarazada, destacando sus deberes y derechos sobre salud sexual y reproductiva y los cuidados de su recién nacido, por tanto, es importante generar espacios para aclarar todas dudas y necesidades de información en relación a la Estrategia Plan de Parto, involucrando a su pareja, familia y comunidad. El proceso será continuo y se dará con un enfoque de igualdad de género e impulsará la necesidad del apoyo a la mujer en la toma de decisiones para la búsqueda oportuna de la atención en salud para la asistencia a sus controles prenatales, atención del parto, post parto y recién nacido.” (Ministerio de Salud, 2021, p. 71)

Cuando la embarazada requiera ser trasladada para la atención del parto o una complicación obstétrica, las UCSF en coordinación con el comité de salud.

“En caso de referir una embarazada en franco trabajo de parto o alguna complicación obstétrica, el personal de salud debe acompañar a la usuaria. En casos de parto extra-hospitalario, se debe evaluar y estabilizar a la mujer y su recién nacido antes de su traslado, y debe ser acompañada por personal de salud.” (Ministerio de Salud, 2021, p. 71)

2.14.3 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH Y DEL VIH AVANZADO

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas —UNFPA Guatemala— (2020),

El abordaje integral para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH debe estar fundamentado en evidencia científica, y a la vez, debe observar aspectos éticos y de interculturalidad que serán considerados por los proveedores de salud.

Se debe asegurar la privacidad, la confidencialidad y la seguridad como aspectos interrelacionados y fundamentales para la atención de personas que viven con el VIH y es indispensable establecer una buena relación con la mujer para favorecer la comunicación.

Es importante personalizar las sesiones, al individualizar la discusión y aplicarla a la situación específica de la mujer, se le ayuda a percibir su propio riesgo y vulnerabilidad evitando que pueda pensar que el embarazo no deseado o el VIH y el VIH avanzado (sida) “son cosas que les suceden a otras personas”. Evite agobiar a la persona con información innecesaria. (p. 12)

2.14.4 EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD

La Educación Integral de la Sexualidad es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a las niñas, niños, adolescentes y personas jóvenes de conocimientos basados en habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad fomenta el respeto, la solidaridad, la empatía y otros valores que contribuyen a disminuir el bullying y la violencia escolar causada por la discriminación; previene la violencia sexual, los embarazos tempranos en la adolescencia, el VIH, las infecciones de transmisión sexual, entre otras problemáticas que afectan a la población en edad escolar, especialmente adolescentes y jóvenes de nuestro país, como evidencian estudios oficiales y no gubernamentales realizados en las últimas décadas. (UNESCO,2024)

“La Educación Integral de la Sexualidad es un proceso de enseñanza y aprendizaje, basado en el plan de estudios escolares. La EIS busca dotar a niños, niñas, adolescentes de conocimiento, habilidades, actitudes y valores que les empoderen para hacer realidad su salud, bienestar y dignidad, comprender y exigir la protección de sus derechos a lo largo de su vida, gozar de su sexualidad y desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas”. (UNFPA México, s. f., párr. 1).

“Si bien los avances en la incorporación de la igualdad de género en el sistema educativo son limitados, estos deberán ser fortalecidos con el seguimiento a las acciones afirmativas en sintonía y cumplimiento de la recién aprobada Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia.” (Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de El Salvador, 2022, p. 3).

Dicha Ley establece en su artículo 33. Educación integral de la sexualidad y salud sexual y reproductiva: “Todas las niñas, niños y adolescentes, sin excepción, de acuerdo con su desarrollo y el ejercicio progresivo de sus facultades tienen el derecho a recibir educación integral de la sexualidad y atención de la salud sexual y reproductiva”. Sin embargo, la EIS continúa generando controversia para ciertos grupos, entre quienes prevalece la desinformación, mitos o prejuicios sobre la salud sexual y reproductiva. Ante esta situación, se vuelve aún más necesaria servicios especializados en Salud Sexual y Salud Reproductiva para adolescentes, jóvenes y mujeres.

Para el ejercicio de este derecho, la madre, el padre y la familia tienen un rol fundamental y primario. La familia, la sociedad y el Estado, de acuerdo a las competencias de cada uno, garantizarán los servicios y programas de salud concernientes, incluyendo de educación integral de la sexualidad, con el objeto de preparar a las niñas, niños y adolescentes, con conocimientos, actitudes y valores para potenciar su salud, bienestar, dignidad y protección, previniendo así el abuso sexual y fomentando relaciones respetuosas. (Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de El Salvador, 2022, p. 3).

2.14.5 VIOLENCIA DE GÉNERO

Los proveedores de servicios de salud deben ser conscientes de que los problemas de salud que se observan en NNA, mujeres y personas adultas mayores, pueden tener origen o estar agravados por una situación de violencia. El personal de salud que sospeche que una persona enfrenta una situación de violencia debe actuar consecuentemente. La salud, los bienes, la dignidad o la vida de ella, puede depender de las acciones que se tomen. La detección y valoración de una situación de violencia, se basa en la entrevista con el paciente, para ello es indispensable hablar con la persona a solas, para lograr confianza y potenciar su autonomía. También es importante que la persona que está a cargo de la entrevista muestre empatía y permita la escucha activa. (Ministerio de Salud, 2019)

La violencia hacia las mujeres se refiere a cualquier acción basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, psíquico o sexual a la mujer tanto en el ámbito

público como privado. Los principales tipos de violencia que afectan a la mujer son los siguientes: violencia física, psicológica y sexual, económica, patrimonial, simbólica y feminicida. (Ministerio de Salud, 2019)

2.14.6 PREVENIR LA DISCRIMINACIÓN BASADA EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y EN LA IDENTIDAD DE GÉNERO.

“La violencia es un fenómeno social y no sólo un hecho individual o aislado, los crímenes basados en prejuicios constituyen racionalizaciones o justificaciones de reacciones negativas, frente a expresiones de orientaciones sexuales o identidades de género no normativas. El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que la violencia contra las personas LGBTI, constituye una “forma de violencia de género, impulsada por el deseo de castigar a quienes se considera que desafían las normas de género”. (Ministerio de Salud, 2016)

La población LGBTI, en su curso de vida, continuamente se expone a situaciones de violencia en los diferentes ámbitos (familiar, comunitario, laboral, escolar), por lo que puede suponerse que, además del motivo de consulta, están enfrentando algún tipo de violencia: física, sexual, psicológica, negligencia, abandono, económica y patrimonial, entre otras. (Ministerio de Salud, 2019)

La atención de la salud de la población LGTBI afectada por cualquier forma de violencia, no difiere de la atención que se da al resto de la población de mujeres y hombres, debiéndose garantizar el derecho a acceder a la salud en condiciones de igualdad, independientemente de su orientación sexual o identidad de género. Además, el personal de salud responsable de dar la atención debe mantener una actitud neutral, es decir libre de prejuicio. (Ministerio de Salud, 2016)

El personal de salud debe proporcionar atención integral y sin restricciones a toda la población LGBTI, centrada en sus necesidades y particularidades en cuanto a salud sexual y reproductiva de cada grupo poblacional; basada en las normativas y modelos de atención en vigencia. Entre las que se incluyen: planificación familiar, prevención ITS y VIH, salud materna-fetal, prevención y detección de cáncer cérvico uterino y mama y próstata. (Ministerio de Salud, 2016)

La comunicación con personas LGBTI en los servicios de salud, debe realizarse desde los enfoques de Derechos Humanos, equidad, género y diversidad sexual. La perspectiva de aplicación de estos enfoques es eminentemente laica. Se debe utilizar un lenguaje verbal y no verbal inclusivos, cuidado del lenguaje al dirigirse a las personas, que culturalmente existen un sin número de términos que se deben tomar en cuenta, así mismo mostrar una actitud de respeto hacia la orientación sexual, identidad de género y expresión de género de todas las personas que acuden a la búsqueda de servicios de salud, ya que se debe responder a las necesidades específicas en el momento de la atención, sin diferenciación ni prejuicios. Tanto la orientación sexual como la identidad de género constituyen elementos íntimos de cada persona, por lo tanto, deben ser respetados bajo el principio de confidencialidad. La divulgación de esta información constituye una falta ética, que tiene repercusiones en el acceso a servicios de salud libres de discriminación. (Ministerio de Salud, 2019)

2.14.7 LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE EMBARAZADAS, NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y CENTROS DE CONTENCIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

El Gobierno de El Salvador, considerando el riesgo de la pandemia por COVID-19 para la población decretó emergencia Sanitaria, mediante el acuerdo ministerial 301 del 23 de enero de 2020, por la posible llegada del virus al país, elaborando diferentes cuerpos normativos que permitió el adecuado funcionamiento de establecimientos de primer nivel de atención y centros de contención para responder a la pandemia.

En ese sentido, el Minsal elaboró los *Lineamientos técnicos para la atención de embarazadas, niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención y centros de contención durante la pandemia de COVID-19*, para garantizar la atención a las mujeres embarazadas, adolescentes, niños y niñas en el Sistema Nacional Integrado de Salud, adaptado a las instrucciones y recomendaciones nacionales e internacionales en materia

de salud, promoviendo la coordinación de todas las instituciones responsables de brindar servicios de salud.

En el mismo lineamiento se estableció suspender la consulta externa, por mencionar algunos, la consulta externa de ginecología y obstetricia (inscripción, control prenatal básico y especializado). Así también suspender los servicios de ultrasonografía y exámenes de laboratorio para las pacientes gineco- obstétricas de consulta externa. En cuanto a las acciones comunitarias designó un equipo según la capacidad instalada, desde un promotor de salud, médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, educador en salud, laboratorista, odontólogo, inspector de saneamiento, promotora anti malaria, entre otros, el cual debía de hacer visitas domiciliarias, vigilancia y actividades preventivas a las embarazadas y puérperas, de acuerdo al libro de gestión materna según corresponda. (Ministerio de Salud, 2021, p. 3)

2.14.8 ESTÁNDARES INTERNACIONALES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVOS

“Los estándares globales son una herramienta para apoyar a decisores políticos y gerentes de programas a mejorar la calidad de los servicios de salud necesarios para promover, proteger y mejorar la salud y el bienestar de todas las personas”. (UNFPA LACRO, 2021, p. 2)

Es por ello, que se describen a continuación los 8 estándares de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en este caso de adolescentes. La implementación y monitoreo de estos estándares no sólo permitirá la mejora en la prestación de servicios de salud a través de un enfoque sistémico, sino que también llevará al logro de forma paulatina y sistemática del objetivo final de prevenir los resultados sexuales y reproductivos adversos en adolescentes, a la vez satisfaciendo el derecho a una salud sexual y reproductiva óptima. (Consejo Superior de Salud Pública, 2023)

Conocimiento de las personas adolescentes sobre salud. Las personas adolescentes conocen acerca de los cuidados en salud y sus derechos y saben dónde y cuándo obtener servicios de salud con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Apoyo a la comunidad. Padres y madres, tutores, otros miembros de la comunidad y organizaciones comunitarias reconocen la importancia de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y apoyan su presentación y utilización

El paquete de servicios. El establecimiento de salud ofrece un paquete de orientación, información, atención integral, referencia y contra referencia que responde a las necesidades de todas las personas adolescentes.

Competencias de los prestadores. El personal de salud demuestra las competencias requeridas para prestar servicios de salud sexual y reproductiva calificados a la población adolescente, conforme al paquete básico de servicios establecido, incluida la evaluación psicosocial y física adecuada y el cuidado holístico individual. Asimismo, respeta, protege y vela por que se cumplan los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente.

Entorno físico y equipamiento de los establecimientos de salud. El establecimiento de salud dispone de un horario adecuado y un entorno acogedor y limpio y respeta la intimidad y la privacidad. Cuenta con el equipo, los medicamentos, los suministros y la tecnología que se necesita para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva intramurales o extramurales, conforme al paquete básico establecido.

Equidad. El establecimiento de salud presta servicios de salud sexual y reproductiva inclusivos y equitativos a toda la población adolescente.

Datos y mejora de la calidad. Los establecimientos de salud cuentan con sistemas de información operativos que recopilan datos de uso y calidad de la atención prestada, desglosados por edad, sexo y otras variables sociodemográficas relevantes, los analizan y los utilizan para mejorar la calidad de la atención. El personal del establecimiento recibe apoyo para participar en los procesos de mejora continua de la calidad.

Participación de las personas adolescentes. Las personas adolescentes participan activamente en el diseño, implementación, evaluación y mejora de los servicios de salud

sexual y reproductiva para adolescentes en los establecimientos de salud y en la comunidad. (Consejo Superior de Salud Pública, 2023, pp. 24–30)

CAPÍTULO III. MARCO JURÍDICO

3.1 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

Los instrumentos internacionales determinan la intención y el ámbito de aplicación de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos como estándares mínimos. Al incorporarlos en la normativa nacional se garantiza su promoción, protección, respeto y cumplimiento, que no debería sujetarse a interpretaciones que partan de paradigmas culturales o religiosos.

3.1.1 DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) es un documento que sirve de plan de acción global para la libertad y la igualdad protegiendo los derechos de todas las personas en todos los lugares. Fue la primera vez que los países acordaron las libertades y derechos que merecen protección universal para que todas las personas vivan su vida en libertad, igualdad y dignidad.

La DUDH fue adoptada por las Naciones Unidas (ONU), que acababa de establecerse, el 10 de diciembre de 1948 como respuesta a los “actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad” cometidos durante la Segunda Guerra Mundial. Su adopción reconocía que los derechos humanos son la base de la libertad, la justicia y la paz.

El trabajo sobre la DUDH comenzó en 1946, con un comité de redacción integrado por representantes de una gran diversidad de países, entre ellos Estados Unidos, Líbano y China. El comité de redacción se amplió posteriormente para incluir a representantes de Australia, Chile, Francia, Reino Unido y la Unión Soviética, lo que permitió que el documento se beneficiara de aportaciones de Estados de todas las regiones y de su diversidad de contextos religiosos, políticos y culturales. Después, la Declaración fue debatida por todos los miembros de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU y, finalmente, fue adoptada por la Asamblea General en 1948.

La Declaración contiene 30 derechos y libertades que pertenecen a todas las personas y que nadie nos puede arrebatar. Los derechos que se incluyeron siguen siendo

la base del derecho internacional de los derechos humanos. Actualmente, la Declaración sigue siendo un documento vivo. Es el documento más traducido del mundo.

La adopción de la Declaración Universal no puso fin a los abusos contra los derechos humanos. Pero, desde entonces, innumerables personas han logrado una mayor libertad. Se han prevenido infracciones; se han conseguido independencia y autonomía. Se ha podido garantizar a muchas personas, aunque no a todas, la libertad ante la tortura, el encarcelamiento injustificado, la ejecución sumaria, la desaparición forzada, la persecución y la discriminación injusta, así como el acceso equitativo a la educación, las oportunidades económicas, unos recursos adecuados y la atención sanitaria. Han obtenido justicia por los delitos cometidos contra ellas y se han protegido sus derechos a nivel nacional e internacional, gracias a la sólida estructura del sistema jurídico internacional de los derechos humanos.

3.1.2 CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS

También es llamada Pacto de San José de Costa Rica, fue suscrita tras la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos, el 22 de noviembre de 1969 en la ciudad de San José en Costa Rica y entró en vigencia el 18 de julio de 1978. Es una de las bases del sistema interamericano promoción y protección de los derechos humanos. En total son 25 países miembros de la OEA, que se han adherido a la Convención. Cuenta con la redacción de 82 artículos agrupados en tres partes y estas a su vez en 11 capítulos. Reafirma el propósito de respetar los derechos esenciales del hombre. Art. 1. Obliga a todos los Estados a respetar los derechos fundamentales de las personas. Enmarca a respetar todos los derechos del ser humano, sin discriminación de raza, sexo, idioma, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Este artículo es la base fundamental en la cual descansa y se sustenta el sistema de derechos y libertades, en él se afirma que cuando los Estados deciden incluir en su normativa la Convención asumen todas las obligaciones internacionales que de ella derivan y por ende se espera que el Estado las cumpla en su totalidad. Las obligaciones internacionales vinculan a todos los elementos del Estado no importando su jerarquía o

función, ya que cada órgano está obligado a cumplirlas; cuando se comete una violación a los derechos humanos se vulnera el bien jurídico protegido por todos los Estados y tienen el deber de garantizar efectivamente la tutela a los derechos; son los Estados mismos los que tienen la responsabilidad en brindar la protección efectiva.⁹⁴ El Salvador cumpliendo con esa responsabilidad de garantizar efectivamente los derechos humanos en el que se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva este implementa el Programa Ciudad Mujer con el afán de promover, difundir y proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y mujeres adultas que hacen uso de los servicios. Así mismo la convención hace alusión al respeto y garantía de los derechos del niño.

3.1.3 CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW) CEDAW

Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) CEDAW es un Tratado Internacional que fue adoptada y abierta a firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/80, de 18 de diciembre de 1979 y entro en vigor el 3 de septiembre de 1981. Es un instrumento jurídico importante que aborda los problemas que afectan a la mujer, reconoce un conjunto de derechos que las mujeres deben hacer valer. Este convenio es un resultado de varias décadas de trabajo de las Naciones Unidas, ha sido ratificado por más de noventa países, contiene los principios y normas internacionalmente aceptado para eliminar la discriminación en contra de la mujer. Artículo 10 (h) y 12.1 CEDAW. Obliga a los Estados Parte a adoptar todas las medidas apropiadas para proteger los derechos de las mujeres, el cual exige el acceso a la información y servicios médicos de planificación familiar incluyendo a las adolescentes. Los Estados Parte están obligados a facilitarles a las adolescentes información sobre la salud sexual y reproductiva, brindándoles asesoramiento sobre planificación familiar, los peligros y consecuencias del embarazo precoz y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Artículo 12.2. CEDAW. Regula la obligación a los Estados Parte a la protección especial para las madres antes y después del parto, están obligados a brindar los cuidados y tratamientos especiales a las adolescentes y mujeres en estas condiciones dándoles los servicios gratuitos en

Instituciones Gubernamentales. Teniendo como base los derechos humanos, sin hacer ningún tipo de discriminación hacia la mujer.

3.1.4 CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (BELEM DO PARÁ)

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará, adoptada en Belem do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994, define la violencia contra las mujeres, establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como fundamentales para luchar contra el fenómeno de la violencia contra su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad. Artículo 2. Belem do Pará estipula que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica en los siguientes supuestos: a) que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar. La violencia física, sexual y psicológica les impide a las adolescentes tener la capacidad para disfrutar los derechos sexuales y reproductivos, porque las relaciones sexuales en muchas ocasiones no son consentidas por estas y no tienen la edad o la fuerza suficiente para rechazar relaciones no deseadas, la mayoría tiene quince años o menos es ahí donde el agresor se aprovecha de la víctima. Este tipo de violencia evita que las adolescentes tengan un desarrollo integral, es por ello que es necesario que reciban atención psicológica, porque si no son atendidas tienen implicaciones negativas en el pleno desarrollo, al igual para las mujeres adultas.

3.1.5 DECLARACIÓN DE TEHERÁN

“La discriminación de que sigue siendo aún víctima la mujer en distintas regiones del mundo debe ser eliminada. El hecho de que la mujer no goce de los mismos derechos que el hombre es contrario a la Carta de las Naciones Unidas y a las disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos. La aplicación cabal de la Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer es una necesidad para el progreso de la humanidad, “La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”

3.1.6 SURGIMIENTOS DE LAS CONFERENCIAS A FAVOR DE LOS

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES DE LA MUJER.

Se ha establecido que el derecho a la salud fue reconocido por primera vez en la Declaración Universal de Derechos Humanos y que no es posible separar la salud sexual y la salud reproductiva de la salud en general, sin embargo, ni en esa Declaración ni en los dos principales Pactos sobre derechos humanos se reconocieron explícitamente los derechos reproductivos como uno de ellos.

3.1.7 CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL

DESARROLLO, EN EL CAIRO, 1994

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo de 1994 se rompe con el esquema de las conferencias anteriores de priorizar las preguntas de cuántos somos y dónde estamos. Las conferencias anteriores sobre población, Bucarest 1974 y México 1984, centran la discusión en el tema de la población mundial y los procesos migratorios. El temor a la sobrepoblación y a la escasez de recursos promovió el control de la fecundidad como política que facilita el desarrollo de los países.

Habiéndose dado un respaldo muy importante a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital. Se sostuvieron debates sobre el tema de la salud sexual y

reproductiva como un derecho humano, habiéndolo establecido que el tema población y desarrollo abarca más allá de programas de planificación familiar, situando a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción. Es por ello que en la conferencia se realza el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas, conjuntamente con el derecho a la salud sexual y reproductiva, como estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida.

En esta Conferencia El Salvador manifestó sus reservas en tanto consideró que el Principio 1 debe asumir que “la vida debe protegerse desde el momento de la concepción”, asimismo que el concepto de familia solamente es uno y no debe entenderse en la diversidad planteada. Tampoco debe incluir el aborto en los conceptos de derechos reproductivos y de salud reproductiva, ni como método de planificación familiar. En agosto de 2010, el Estado Salvadoreño retiró las reservas que había hecho al Programa de Acción de El Cairo.

La importancia de los derechos sexuales y derechos reproductivos es que forman parte del catálogo de derechos humanos que protegen y defienden el Sistema Universal e Interamericano de Derechos Humanos; tales derechos se basan en otros esenciales incluyendo el derecho a la salud, el derecho a estar libre de discriminación, el derecho a la vida privada, el derecho a la integridad personal y a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes; al derecho de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y momento de tener hijos e hijas y de tener la información y los medios para hacerlo y el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia y por lo tanto a ser libres de violencia sexual.

3.2 SENTENCIAS DE LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS RELACIONADAS.

3.2.1 CASO MANUELA Y OTROS VS. EL SALVADOR

La sentencia *Manuela y otros vs. El Salvador* constituye un punto de inflexión en el desarrollo jurisprudencial interamericano sobre derechos sexuales y reproductivos (DSR), al analizar de forma directa cómo la criminalización absoluta del aborto y las denuncias automáticas de emergencias obstétricas generan violaciones estructurales a los derechos de las mujeres. Este fallo consolida la idea de que los DSR no son prerrogativas aisladas, sino derechos humanos con protección autónoma, articulados desde la salud, la integridad, la igualdad y la autonomía.

El derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud. El derecho a la salud sexual y reproductiva se relaciona, por una parte, con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos. Caso *Manuela y otros VS. El Salvador*. Parágrafo 192. (2 de Noviembre de 2021).

Además, señala que los Estados deben “abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación”. En este sentido, la Corte recuerda que la protección a los derechos humanos, parte de la afirmación de la existencia de ciertos atributos inviolables de la persona humana que no pueden ser legítimamente menoscabados por el ejercicio del poder público. Se trata de esferas individuales que el Estado no puede vulnerar. Para hacer efectiva esta protección, la Corte ha considerado que no basta con que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las

particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre. La Corte considera que este deber estatal adquiere especial relevancia cuando se encuentran implicadas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Caso *Manuela y otros VS. El Salvador*. Parágrafo 257. (2 de Noviembre de 2021).

3.2.2 LOS DSR COMO PARTE DEL DERECHO A LA SALUD (ART. 26 CADH)

El fallo profundiza la interpretación del art. 26 sobre el desarrollo progresivo, reafirmando que el derecho a la salud incluida la salud sexual y reproductiva es justiciable frente a la Corte Interamericana.

La Corte concluye que El Salvador violó el derecho a la salud de Manuela en su dimensión reproductiva porque:

- No garantizó atención adecuada durante la emergencia obstétrica,
- No brindó atención médica libre de estigma,
- No establece protocolos para la atención de complicaciones obstétricas,
- No diagnosticó ni tratar oportunamente enfermedades preexistentes (como el cáncer que la llevó a la muerte).

Cuando el poder punitivo invade el ámbito de los DSR, produce violaciones estructurales, como la erosión de la autonomía, se desincentiva el acceso a la salud, se reproduce la discriminación y se pone en riesgo la vida.

3.2.3 CASO BEATRIZ Y OTROS VS. EL SALVADOR

El caso *Beatriz y otros vs. El Salvador* representa una de las decisiones más relevantes de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en materia de salud reproductiva y derechos humanos. Esta sentencia emitida el 20 de diciembre de 2024, condena al Estado salvadoreño por violaciones a los derechos a la salud, integridad

personal, vida privada y protección judicial debido a la negativa de permitir que una mujer con un embarazo de alto riesgo accediera a una interrupción del embarazo recomendado por médicos, en un país donde el aborto está totalmente prohibido. El fallo avanza en la discusión sobre cómo la criminalización absoluta del aborto impacta negativamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, al tiempo que ordena medidas para corregir deficiencias estructurales en protocolos médicos y judiciales

La Corte afirmó que el consentimiento informado es un requisito sine qua non para la práctica médica, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva de mujeres. Para llegar a esta conclusión, advirtió que los artículos 7 y 11 de la CADH reconocen el principio de dignidad humana y el de autonomía de la persona, en virtud de los cuales se encuentra prohibida toda actuación que convierta al individuo en un medio para fines ajenos a las elecciones sobre su propia vida, su cuerpo y el desarrollo pleno de su personalidad. Además, la Corte indicó que el derecho a la salud, como parte integrante del derecho a la integridad personal abarca “la libertad de cada individuo de controlar su salud y su cuerpo y el derecho a no padecer injerencias [...]”. Finalmente, el Tribunal sostuvo que el artículo 13 reconoce el derecho a buscar y recibir información de toda índole, lo cual impone, en materia de salud, un deber de transparencia activo.

En conjunto con lo anterior, la Corte afirmó que la salud sexual y reproductiva como expresión del derecho a la integridad personal tiene implicaciones particulares para las mujeres. En concreto, reconoció que su libertad y autonomía en esta materia ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales. Además, haciendo un adecuado uso de la perspectiva de género, la Corte consideró que esa limitación en los derechos de las mujeres “se ha debido a que se ha asignado social y culturalmente a los hombres un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y a que las mujeres son vistas como el ente reproductivo por excelencia” Beatriz y otros vs. El Salvador, párrafo 12, (20 de diciembre de 2024).

La Corte afirmó que la “protección de los derechos de las mujeres a través del acceso a recursos oportunos, adecuados y efectivos para remediar estas violaciones de forma integral y evitar la recurrencia de estos hechos en el futuro resulta de suma relevancia si se toma en consideración, además, que hoy en día, en el marco de la atención médica y el acceso a los servicios de salud, las mujeres siguen siendo vulnerables a sufrir violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, en la mayoría de los casos a través de prácticas discriminatorias que son consecuencia de la aplicación de estereotipos en su perjuicio. Caso Beatriz y otros vs. El Salvador, parágrafo 34, (20 de diciembre de 2024).

En efecto, como ha señalado la Corte, el acto médico, entendido como los actos de diagnóstico y tratamiento que realiza el médico en la atención integral de pacientes, no sólo son “un acto esencialmente lícito, sino que es un deber de un médico el prestarlo

Anand Grover, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de Naciones Unidas, ha sostenido que esta “[...] restringe la capacidad de las mujeres para hacer pleno uso de los bienes, servicios e información de salud sexual y reproductiva disponibles; niega su plena participación en la sociedad, y distorsiona las percepciones de los profesionales de la salud que, como consecuencia, pueden obstaculizar su acceso a los servicios de atención sanitaria. Caso Beatriz y otros vs. El Salvador, parágrafo 34, (20 de diciembre de 2024).

La Corte IDH sostuvo que el Estado violó el derecho a la salud de Beatriz no solo por negarle la interrupción del embarazo sugerida clínicamente, sino también por la ausencia de protocolos médicos claros y por la “burocratización y judicialización” de decisiones que debieron ser de índole médico. Esta falta de certeza legal llevó a retrasos y al temor del personal médico a enfrentar consecuencias penales, lo que derivó en un trato que la Corte consideró violencia obstétrica. Desde una perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, la decisión del Estado de El Salvador implicó una interferencia grave en la autonomía reproductiva de Beatriz: al impedir que ella pudiera acceder legalmente a un procedimiento esencial para proteger su salud en un embarazo de alto

riesgo, se vulneró su capacidad de decidir sobre su cuerpo y su vida reproductiva en términos de dignidad y derechos humanos.

La Corte identificó que la negación de atención médica adecuada y la incertidumbre normativa constituyeron una forma de violencia obstétrica, definida como trato deshumanizado, negligente o abusivo en contra de mujeres en contextos de atención reproductiva.

Desde el enfoque de los DSR, esto vulnera la integridad personal y la vida privada porque:

- Se obliga a una mujer a continuar con un embarazo no viable, pese a los riesgos documentados.
- Se niega información y acceso oportuno a un tratamiento recomendado.
- Se somete a una persona a condiciones estresantes que pudieron evitarse con protocolos adecuados.

La violencia obstétrica así entendida no sólo transgrede normas médicas, sino que viola derechos humanos básicos garantizados por la Convención Americana de Derechos Humanos y la Convención de Belém do Pará.

3.2.4 CASO ARTAVIA MURILLO Y OTROS VS. COSTA RICA

El caso *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*, resuelto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en 2012, constituye un hito fundamental en el reconocimiento jurídico de la autonomía reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos (DSR) dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. La sentencia analizó la prohibición absoluta de la fecundación in vitro (FIV) impuesta por la Sala Constitucional de Costa Rica desde el año 2000, que impedía a parejas con problemas de fertilidad acceder a técnicas de reproducción asistida.

Este caso permitió a la Corte IDH desarrollar por primera vez un estándar detallado sobre la relación entre derechos reproductivos, vida privada, vida familiar, igualdad y el

alcance de la protección del embrión. Asimismo, marcó un precedente central para la región, al establecer que la autonomía reproductiva forma parte del contenido esencial del derecho a la vida privada y dignidad humana.

La Corte afirmó que la decisión de ser madre o padre constituye parte del núcleo duro del derecho a la vida privada (artículo 11 de la CADH). En consecuencia, prohibir el acceso a la FIV violaba directamente la autonomía reproductiva de las parejas afectadas.

El derecho a la vida privada se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido también en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, según el cual las mujeres gozan del derecho “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. Este derecho es vulnerado cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad. Así, la protección a la vida privada incluye el respeto de las decisiones tanto de convertirse en padre o madre, incluyendo la decisión de la pareja de convertirse en padres genéticos. Caso *Artavia Murillo y otros (“Fecundación In Vitro”) Vs. Costa Rica* Parágrafo 146. (Sentencia de 28 de noviembre de 2012).

Los derechos a la vida privada y a la integridad personal se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica.

La Corte ha señalado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y a la integridad personal. La salud constituye un estado de completo bienestar

físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En relación con el derecho a la integridad personal, cabe resaltar que para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud genésica significa que “la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud. Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación In Vitro”) Vs. Costa Rica Parágrafo 148. (Sentencia de 28 de noviembre de 2012).

Esta es una de las contribuciones más innovadoras del fallo: La Corte IDH reconoce explícitamente que la libertad reproductiva forma parte del proyecto de vida de cada persona, y su limitación estatal debe ser excepcional, proporcional y necesaria. La prohibición de la FIV vulneraba el derecho a formar una familia porque impedía el único medio disponible para la maternidad o paternidad biológica en personas con infertilidad.

La Corte señaló que:

El derecho a formar una familia no se agota en la procreación natural y puede requerir asistencia médica cuando la biología lo impide.

De este modo, la Corte amplía el concepto de familia y reconoce que la infertilidad es una condición de salud, no un impedimento moral.

La prohibición afectó más gravemente a:

- Mujeres (por su rol biológico y expectativas sociales de maternidad),
- Parejas con baja capacidad económica que no podían viajar al extranjero,
- Personas con enfermedades que impedían la concepción natural.

La Corte estableció que la medida, aunque general, tenía efectos discriminatorios, especialmente por razones de género y condición económica.

El caso *Artavia Murillo* marcó un antes y un después en la región al:

- Reconocer la autonomía reproductiva como derecho humano fundamental;
- Establecer que la infertilidad requiere tratamiento de salud;
- Limitar la injerencia estatal en decisiones íntimas;
- Prohibir interpretaciones absolutas de la protección embrionaria;
- Ordenar al Estado permitir la FIV bajo estándares de seguridad y regulación.

Desde la perspectiva de los DSR, el fallo consolidó el principio de que:

Las políticas públicas y el derecho penal no pueden ser utilizados para restringir la libertad reproductiva de manera absoluta o desproporcionada.

El caso *Artavia Murillo vs. Costa Rica* es una sentencia clave para comprender la evolución de los derechos sexuales y reproductivos en el Sistema Interamericano. Al declarar que la prohibición absoluta de la FIV violaba la vida privada, integridad personal, autonomía reproductiva, igualdad y derecho a formar una familia, la Corte IDH fortaleció la protección de la dignidad humana frente a restricciones estatales basadas en concepciones absolutistas de la vida prenatal.

La sentencia reconfigura el debate regional desde un enfoque de derechos humanos, reconociendo que las decisiones sobre reproducción forman parte esencial de la libertad individual y no deben ser sometidas a limitaciones desproporcionadas o influenciadas por doctrinas morales.

3.3 MARCO JURÍDICO NACIONAL

En nuestro ordenamiento jurídico nacional, no existen preceptos de rango constitucional o legal que establezcan explícitamente qué son los derechos sexuales y reproductivos, y de qué manera se verán regulados, amparados y promovidos. Respecto a

la normativa de El Salvador que regula de manera heterogénea el ejercicio y protección de ciertos derechos catalogados como sexuales y reproductivos, son las siguientes:

3.3.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA

La Constitución es la ley fundamental de un Estado que define el régimen básico de los derechos y libertades de los ciudadanos y los poderes e instituciones de la organización política del mismo; entonces es la naturaleza de la Constitución ser garantista, pues recoge dentro de su contenido los valores y principios que son beneficiosos e inherentes al hombre y los convierte en derechos, libertades o garantías, asegurando que estarán siempre a disposición de éste debidamente tutelados;¹²¹ estas garantías constitucionales son un reflejo de las aspiraciones de cada Estado para un amplio y efectivo respeto de tales derechos y a favor del pleno desarrollo individual y colectivo, frente a las instituciones del Estado o grupos sociales. El texto de la Constitución de la República de El Salvador recoge una gama de garantías para asegurar la consecución de sus pilares fundamentales (justicia, seguridad jurídica y bien común), que pretenden proporcionar un ambiente de prosperidad y desarrollo, pero es sólo en el campo de la práctica en el cual se produce el verdadero reflejo del alcance de tales garantías constitucionales, y en donde finalmente se puede analizar la efectividad o deficiencia de esas garantías constitucionales.

En ese orden de ideas los derechos sexuales, la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, no están reconocidos explícitamente como tales en la Constitución, sobre su contenido, clasificación y ejercicio, sino que es a través de los derechos humanos fundamentales que, sí lo están, generando así al legislador la facultad de ratificar aquellos tratados suscritos por el Órgano Ejecutivo que contengan dichos derechos para lograr una tutela eficaz.

Cabe mencionar que en los arts. 65 y 66 Cn. establece que la salud constituye un bien público y que el Estado se encargará de crear una política nacional de salud. Esto le da vida a la política de salud sexual y reproductiva la cual define sus propios principios, valores y líneas de acción. Esta plantea la situación de salud sexual y reproductiva durante el ciclo de la vida incluyendo adolescencia y mujer adulta, el enfoque en cuanto a dicho

derecho está con la finalidad de mejorar la calidad de vida en los niveles individuales y relacionales (pareja, hijos e hijas, familia, comunidad) a través de las determinantes de la salud sexual y reproductiva, así como la prestación de servicios integrales e integrados de calidad que permitan tomar acciones responsables encaminadas a la salud sexual y reproductiva. (MINSAL 2012)

3.3.2 CÓDIGO DE SALUD

Tiene como finalidad desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes del país. Destacar que en el art. 43 del Código de Salud, hace referencia que la salud siendo un bien público se debe promocionar es decir dar a conocer, fomentarla para que los habitantes conozcan los servicios y beneficios de la misma. En este artículo se establece la promoción a la salud entendida como fomentar el normal desarrollo físico, social y mental de las personas.

El derecho a la salud sexual y reproductiva se debe de dar a conocer por medio de programas y campañas que contribuyan a que las adolescentes y mujeres adultas se concienticen de la importancia que ésta representa para ellas, esto con ayuda de los medios de comunicación. En su art. 48 y 49 del citado código, desarrolla que el Estado tiene como obligación promover, proteger y recuperar la salud de la madre y del niño, empleando todos los medios que estén a su alcance. Dicha obligación da lugar a la atención preventiva y curativa de la madre durante el embarazo parto o puerperio; y al niño desde el momento de la concepción. En consecuencia, fomentará la creación, mantenimiento y desarrollo de Centros y entidades que tengan fines de protección de la madre y el niño. Y en su art. 154, menciona que el encargado de dictar normas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual es el Ministerio de Salud. Dicho servicio será brindado en centros médicos públicos y privados. El Código de Salud a pesar de ser uno de los principales cuerpos normativos en el cual se reconoce y se protege el derecho a la salud tiene un vacío en lo que a la misma se refiere, debido a que la salud debe ser entendida y tratada de manera más específica y este código lo hace de forma muy generalizada. Es así que en el mismo no existe ningún artículo que haga referencia a la salud sexual y reproductiva de manera explícita, sino que únicamente de forma tácita.

3.3.3 LEY DE IGUALDAD, EQUIDAD Y ERRADICACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES (LIE)

Poco después de las declaraciones universal y americana, comenzaron a aprobarse en ambos sistemas una serie de resoluciones, declaraciones y exhortaciones a favor de los derechos de las mujeres. En ello hay que reconocer la lucha y aportes de las mujeres, agregando temas, visiones, ideas, reflexiones. Pero no fue sino hasta 1979 que se contó con un instrumento que cambió la concepción de los derechos humanos de las mujeres: la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (conocida por sus siglas en inglés, CEDAW). La jurista feminista Alda Facio, no duda en considerarla como “la Carta Magna de todas las mujeres. (Bareiro, Line, sf)

Poco después de las declaraciones universal y americana, comenzaron a aprobarse en ambos sistemas una serie de resoluciones, declaraciones y exhortaciones a favor de los derechos de las mujeres. En ello hay que reconocer la lucha y aportes de las mujeres, agregando temas, visiones, ideas, reflexiones. Pero no fue sino hasta 1979 que se contó con un instrumento que cambió la concepción de los derechos humanos de las mujeres: la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (conocida por sus siglas en inglés, CEDAW).

Con esta Ley el Estado Salvadoreño, se ha comprometido a aplicar la igualdad entre las personas, regulada en la Constitución, en la legislación nacional y en la manera en que van a actuar las instituciones públicas. Además, es una manera de dar cumplimiento a la CEDAW, que prohíbe todo tipo de discriminación contra las mujeres. El Estado de El Salvador ha tomado conciencia, que la igualdad entre mujeres y hombres es una condición indispensable para el logro de una sociedad democrática. Para dar cumplimiento a la igualdad, el Estado entonces, a través de sus instituciones deberá tratar a las mujeres con igual protección de sus derechos, y si hay normas que discriminan a las mujeres, éstas deberán ser eliminadas o reformadas. En relación a la salud sexual y reproductiva, la LEID hace énfasis en el artículo 26, resaltando lo siguiente: El Estado adoptará la

transversalización del principio constitucional de la igualdad y la no discriminación entre mujeres y hombres como objetivo fundamental a lograr en todas las actividades vinculadas a las responsabilidades públicas en salud. El Estado, en atención a las obligaciones que le confiere la Constitución, postula como derechos fundamentales en materia de salud integral, salud sexual y salud reproductiva: El derecho a recibir información calificada sobre las materias vinculadas a estos derechos; el derecho a recibir servicios de prevención de riesgos en esta materia; y, el derecho a la atención integral.

3.3.4 LEY ESPECIAL INTEGRAL PARA UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA PARA LAS MUJERES (LEIV)

El histórico peso del sistema patriarcal ha propiciado escenarios en los cuales la mujer no es considerada como sujeta de derecho sino como medio para satisfacer los fines de otros. En tal sentido, son las mujeres quienes entran en un plano de desventaja en todas las esferas de la vida y en el ejercicio de derechos, principalmente en el ejercicio del derecho de acceso a la justicia establecido en el Art. Artículo 11 de la Constitución. Esta situación de desigualdad histórica y estructural ha sido reconocida en las Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad, aprobadas por las Cortes Supremas de Justicia en la XIV Cumbre Judicial Iberoamericana realizada en Brasilia, del 4 al 6 de marzo de 2008. Así, la aplicación e interpretación de la LEIV debe hacerse desde la perspectiva del derecho antidiscriminatorio por motivos de sexo, como ya lo avala la instancia máxima de interpretación de la Constitución en el país, que es la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. De la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante Convención de Belem Do Para) deriva la LEIV.

El objeto específico de especial protección de la LEIV es únicamente erradicar las históricas relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres, en las cuales las mujeres han ocupado una posición de subordinación o desventaja únicamente por el hecho de ser mujeres y la violencia se ha mostrado como el principal mecanismo de opresión. Y tal condición, violenta el principio y garantía constitucional de igualdad de mujeres y

hombres, así como la prohibición de discriminar a las personas en el goce de sus derechos por motivos de sexo, lo cual está establecido en el Art. 3 de la Constitución.

La responsabilidad más importante otorgada por el Art. 23 de la LEIV al Ministerio de Salud (MINSAL), es la detección temprana de los casos de violencia contra las mujeres, pues por el tipo de servicio que presta y bajo una óptica de detección, podría identificar si las consultas por servicios de salud que realizan las mujeres, tienen su origen en un hecho de violencia contra ellas. Deberá registrar estadísticamente los probables casos de violencia contra las mujeres manifestados a través de enfermedades, accidentes y padecimientos atendidos dentro del servicio 65 Ilustración 31 Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. de salud pública. Asimismo, establece que la atención a las mujeres que accedan a los servicios de salud debe realizarse garantizándoles no ser discriminadas. En esta materia, el personal de salud no debe ejercer ningún tipo de violencia sobre las usuarias de los servicios ni anteponer sus creencias o prejuicios durante la prestación de los mismos. Ya se han detectado casos donde las mujeres no desean ser examinadas por médicos hombres y ello causa molestia en el centro de salud.

3.3.5 LEY CRECER JUNTOS

La Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia entró en vigor el 01 de enero de 2023. La presente Ley tiene por finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos de toda niña, niño y adolescente, independientemente de su nacionalidad, para cuyo efecto se establece un Sistema Nacional de Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia con la participación de la familia, la sociedad y el Estado, fundamentado en la Constitución de la República y Tratados Internacionales sobre derechos humanos vigentes en El Salvador, especialmente, en la Convención sobre los Derechos del Niño. El reconocimiento del derecho a la vida desde el momento de la concepción es uno de los aspectos que destacan dentro de la Ley Crecer Juntos para la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, con esta nueva ley se reconoce el derecho a la vida desde la concepción, por ello se incorporan aspectos para que el Estado garantice este derecho” Respecto al derecho a la salud, se

destacan a continuación los artículos en los que el Estado Salvadoreño se compromete a garantizar los derechos desde la niñez hasta la adolescencia.

En el art. 33 de la citada ley reconoce la educación integral de la sexualidad y salud sexual y reproductiva, estableciendo que todas las niñas, niños y adolescentes, sin excepción, de acuerdo con su desarrollo y el ejercicio progresivo de sus facultades tienen el derecho a recibir educación integral de la sexualidad y atención de la salud sexual y reproductiva. Para el ejercicio de este derecho, la madre, el padre y la familia tienen un rol fundamental y primario. La familia, la sociedad y el Estado, de acuerdo a las competencias de cada uno, garantizarán los servicios y programas de salud concernientes, incluyendo de educación integral de la sexualidad, con el objeto de preparar a las niñas, niños y adolescentes, con conocimientos, actitudes y valores para potenciar su salud, bienestar, dignidad y protección, previniendo así el abuso sexual y fomentando relaciones respetuosas.

3.3.6 LEY DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Al tener en cuenta que corresponde al Estado adecuar la legislación interna a los Tratados y Convenciones internacionales referidos a la familia, la mujer y el niño, a fin de dar cumplimiento al artículo 144 de la Constitución de la República, en 1996 se crea la ley de Violencia Intrafamiliar, que tiene como uno de sus objetivos “Proteger de forma especial a las víctimas de violencia en las relaciones de pareja, de niños y niñas, adolescentes, personas adultas mayores y personas discapacitadas. Esta protección especial es necesaria para disminuir la desigualdad de poder que exista entre las personas que constituyen una familia y tomar en cuenta la especial situación de cada una de ellas” Es necesario resaltar que, dentro de sus Principios Rectores, en el Art. 2. Se menciona que la aplicación e interpretación de la ley, deberá tenerse en cuenta los siguientes principios:

- a) El respeto a la vida, a la dignidad e integridad física, psicológica y sexual de la persona;
- b) La igualdad de derechos del hombre, de la mujer y de los hijos e hijas;
- c) El derecho a una vida digna libre de violencia, en el ámbito público como en el ámbito privado;
- d) La protección de la familia y de cada una de las personas que la constituyen; y,
- e) Los demás

principios contenidos en las convenciones y tratados internacionales y la legislación de familia vigente.

3.3.7 POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nace bajo el acuerdo 1181, proveniente del Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, en agosto del año 2012, en cumplimiento del mandato Constitucional del artículo 65 inciso segundo al establecer que el Estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación; y puesto que su obligación es garantizar el derecho de la salud sexual y reproductiva de la población. El Ministerio de Salud ha impulsado una reforma con enfoque integral e integrado, a lo largo del ciclo de la vida, incorporando un abordaje de determinantes sociales de la salud y así mejorar la calidad de servicios incluyendo la salud sexual y reproductiva. La política refleja la situación de la salud sexual y reproductiva del país, situación durante el ciclo de la vida y expone que la adolescencia es un periodo de cambios bio-psico-sociales importantes; indica que es en esta etapa de la vida que aparecen las segundas características sexuales en ambos sexos, y que esto da pauta para que inicien su vida sexual, es ahí donde necesitan orientación y apoyo en las nuevas experiencias, ya que existe la posibilidad de embarazos, relaciones de parejas con personas mayores facilitando la violencia de pareja y de igual forma la muerte materna y femenina. En cuanto a el ciclo de mujeres adultas se pretende mejorar el nivel de vida individual y relacional ahí incluye parejas, hijo e hijas, familia y comunidad, a través de la prestación de servicios integrales e integrados que permitan tomar acciones responsables en salud sexual reproductiva. Ofrecer una maternidad segura basándose en calidad de controles prenatales, atención en el parto debido a que gran porcentaje de muerte materna es causada de forma directa por los riesgos del embarazo.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de investigación que se utilizó en el presente estudio fue el mixto debido a que es una metodología de investigación que consistió en recopilar, analizar e integrar tanto investigación cuantitativa como cualitativa. Este enfoque se utilizó para una mejor comprensión del problema de investigación, a través de las encuestas, para responder a las preguntas de investigación o probar las hipótesis. Los análisis cualitativos, por lo general, estudian un individuo o una situación, unos pocos individuos o unas reducidas situaciones.

(Jose Ruiz 2012) menciona que existen tres técnicas de recogida de datos destacan sobre todas las demás en los estudios cualitativos: la Observación, la Entrevista en profundidad y la Lectura de textos. Las tres, a su vez, se corresponden con las técnicas más comunes de la recogida de datos de las técnicas cuantitativas: el Experimento, el Sondeo o encuesta y el Análisis de contenido. Estas seis técnicas acaparan la casi totalidad de los métodos de recogida de datos.

Por medio de estos enfoques, a nivel cualitativo y cuantitativo, se pretendió conocer si las mujeres en edad fértil de la comunidad Corazón de María, le fueron brindados los servicios de salud sexual y reproductiva y de qué manera fueran atendidas por la Unidad de salud Barrios, en tiempos de pandemia y post pandemia COVID-19.

Como parte del diseño de la presente investigación, el método seleccionado fue el descriptivo, ya que se consideró el más apropiado por la naturaleza del estudio. Según Ortiz 2015, (como citó Fernández, 2007) “consiste en la determinación de las características de un evento de estudio. La categoría de su objetivo es describir, es decir, identificar, clasificar o caracterizar un evento. [...] La investigación descriptiva está dirigida a lograr la descripción y caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular.” En investigación humana, un estudio descriptivo puede ofrecer

información acerca del estado de salud común, comportamiento, actitudes u otras características de un grupo en particular. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno.

Para efectos de esta investigación se utilizó los estudios descriptivos ya que implican una interacción en una sola ocasión con grupos de personas (estudio transversal). Los estudios descriptivos en que el investigador interactúa con el participante pueden involucrar encuestas o entrevistas para recolectar la información necesaria. Los estudios descriptivos en que el investigador no interacciona con el participante incluyen estudios de observación de personas en un ambiente o estudios que implican la recolección de información utilizando registros existentes (por ejemplo, la revisión de historiales médicos). (Diseño de la investigación: estudios descriptivos, s. f.)

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

En el diseño muestral cualitativo, la selección de los participantes o casos se basa en consideraciones como la relevancia del caso para el tema de estudio, la diversidad de perspectivas y experiencias, la saturación de datos (es decir, el punto en el que no se obtienen nuevas ideas o información significativa), y la accesibilidad de los participantes.

Los métodos de muestreo en investigación cualitativa pueden variar, desde el muestreo intencional o de conveniencia, donde se seleccionan casos que son más accesibles o relevantes para el estudio, hasta el muestreo teórico, donde los casos se seleccionan en función de su capacidad para proporcionar información relevante para la teoría en desarrollo, para efectos del presente estudio esta selección muestral implicó la selección de población que cumpliera con el criterio: Mujeres en edad fértil, de la Comunidad Corazón de María afectadas durante el contexto de la pandemia y post-pandemia por covid-19.

4.3 MUESTRA

Para el caso de nuestra investigación tomamos los elementos justificados en el libro de Olabuenaga, Metodología de la Investigación Cualitativa, para sustentar el diseño muestral, definido como el muestreo intencional, ya que es el que sustenta la argumentación sobre la selección de las participantes que representan dicha muestra, fueron seleccionada de manera intencional para garantizar la profundidad y la comprensión detallada de la problemática que estudiamos

Haciendo un total de 90 Mujeres en edad fértil, de la Comunidad Corazón de María afectadas durante el contexto de la pandemia y post-pandemia por covid-19.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se conoce como técnicas de investigación, a aquellas herramientas e instrumentos que acompañan al proceso de investigación en su aproximación al sujeto de estudio, pues le permite la obtención de los datos, su análisis y la presentación de los resultados.

Las técnicas utilizadas para la investigación fueron:

Instrumentos cuantitativos:

- 1) **La encuesta:** se puede definir la encuesta, siguiendo a García Ferrando, como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (Casas Anguita, Repullo Labrador y Donado Campos, 2003)

Con esta técnica se procedió aplicar un cuestionario a las mujeres en edad fértil y se conoció la situación del derecho de la salud sexual y reproductiva durante el contexto de

la pandemia y postpandemia por COVID-19, en la comunidad corazón de María en el periodo de marzo a diciembre del año 2020.

Instrumentos cualitativos:

- 2) **La entrevista:** “es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias. Steiner, define que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descriptivos” (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2014, p. 110)

Con esta técnica se obtuvo información de primera mano de la promotora, por tener conocimiento y ser experta en el tema de investigación, por lo cual se alcanzó el nivel pretendido en la información, ya que la entrevista con el director no se realizó debido a la falta de disponibilidad debido a la sobrecarga de trabajo que se encontraba durante el periodo de investigación..

TABLA 1: Identificación de las Unidades de análisis o de investigación

En la presente investigación se identificó a las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, como unidades de análisis.

Para las mujeres encuestadas se utilizó las siguientes unidades de análisis:

A través de la plataforma Google forms y de 90 mujeres de la comunidad, se obtuvo el resultado de **34 mujeres**.

No.	Número de mujeres	Rango de edad
1	6 mujeres	15 a 19 años
2	5 mujeres	20 a 25 años
3	9 mujeres	26 a 30 años
4	5 mujeres	31 a 35 años

5	5 mujeres	36 a 40 años
6	2 mujeres	41 a 45 años
7	2 mujeres	46 a 49 años

Elaboración propia

TABLA 2: Entrevista a promotora de la Unidad de Salud Barrios El tipo de técnica es entrevista por expertos, en tal sentido se determinó realizar la entrevista a la promotora de salud y al director de salud.

Sin embargo, la entrevista con el director no se realizó debido a la falta de disponibilidad debido a la sobrecarga de trabajo que se encontraba durante el periodo de investigación.

No.	Número de informante	Informante
1	1	Promotora de la unidad de salud Barrios

Elaboración propia

Para el desarrollo de la investigación se procedió a consultar con fuentes documentales y bibliográficas que llevan inmerso el tema que se investigó.

TABLA 3: Pasos del procedimiento metodológico realizado.

Procedimiento metodológico	Actividad
Paso uno.	Reunión con la promotora de la Unidad de Salud Barrios, para explicar el objetivo de la investigación y solicitar el apoyo para el ingreso a la comunidad Corazón de María. Establecimiento de estrategia para recopilación de información-
Paso dos.	Con apoyo de la promotora de la zona, se visitó a las mujeres en edad fértil de la comunidad corazón de María, para

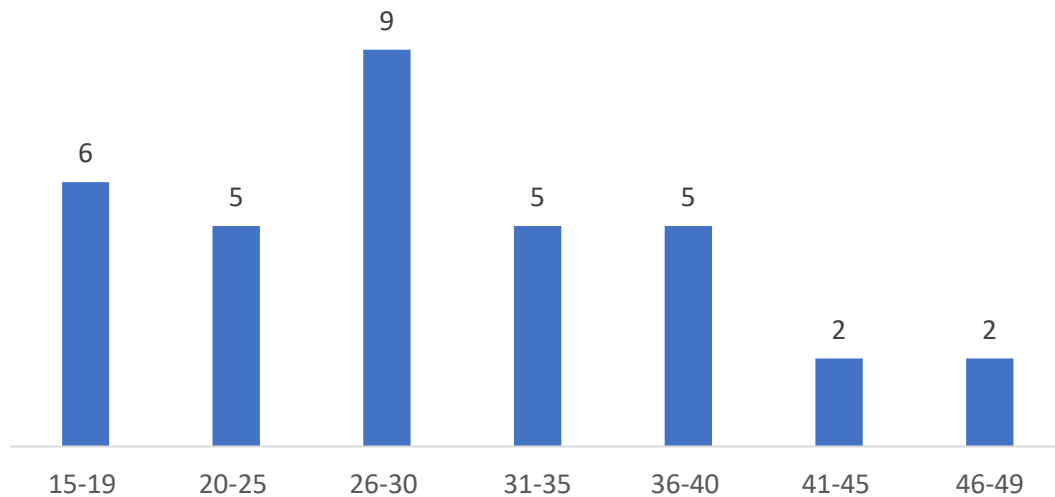
	explicar el objetivo de la investigación y entregar cuestionario.
Paso tres	Recopilación de la información brindados por las mujeres de la comunidad y recolección de insumos brindados por la promotora de salud.
Paso cuatro	Tabulación y análisis de la información proporcionada por la promotora de salud y de las mujeres en edad fértil de la comunidad corazón de María.
Paso cinco	Elaboración de conclusiones y recomendaciones, detallando los principales hallazgos.

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO V: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 INTEGRACIÓN DE RESULTADOS:

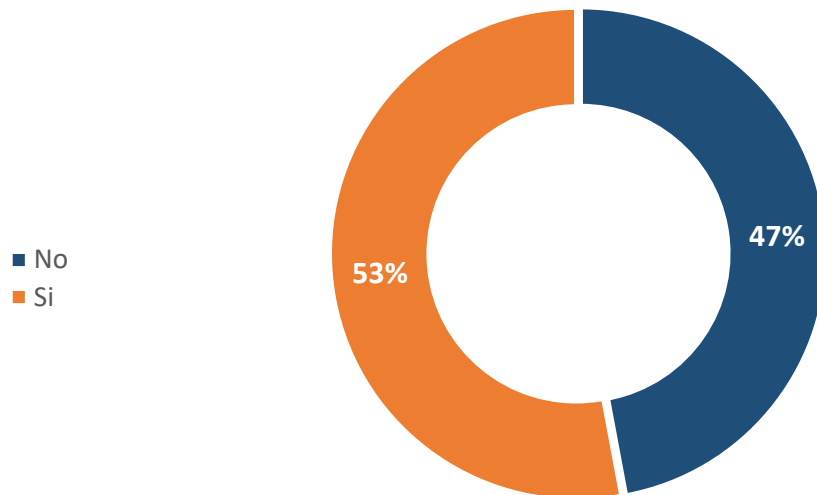
GRÁFICO 1: ENCUESTAS A MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 1, muestra la distribución de participantes según su rango de edad. Se observa que el grupo con mayor número de participantes es el de 26-30 años, con un total de 9 personas. Le sigue el rango de 15-19 años, con 6 participantes. Los grupos de 20-25, 31-35 y 36-40 años tienen una cantidad similar de participantes, con 5 personas cada uno. Por otro lado, los grupos con menor representación son los de 41-45 y 46-49 años, con solo 2 participantes cada uno. Esto indica que la mayoría de las participantes se encuentran en edades jóvenes y adultas, mientras que la participación disminuye en edades mayores.

GRÁFICO 2: ¿CONSIDERAS QUE LA PANDEMIA DE COVID 19 AFECTO TU ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

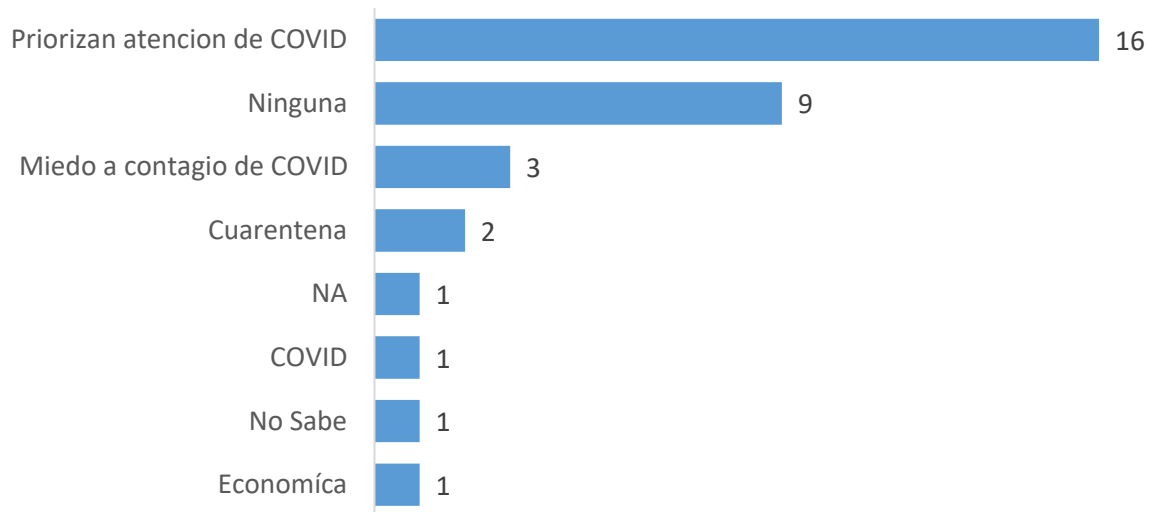


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 2, se observa que el 53% de las encuestadas respondió que sí se vio afectado, mientras que el 47% indicó que no.

Esto sugiere que más de la mitad de las personas experimentaron dificultades en el acceso a estos servicios de salud durante la pandemia, lo que podría estar relacionado con restricciones sanitarias, falta de disponibilidad de atención médica o cambios en la demanda de estos servicios. Aunque la diferencia entre ambas respuestas no es muy grande, los datos reflejan un impacto significativo en la atención de la salud sexual y reproductiva debido a la pandemia.

GRÁFICO 3: ¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES LIMITANTES PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA Y POST PANDEMIA?



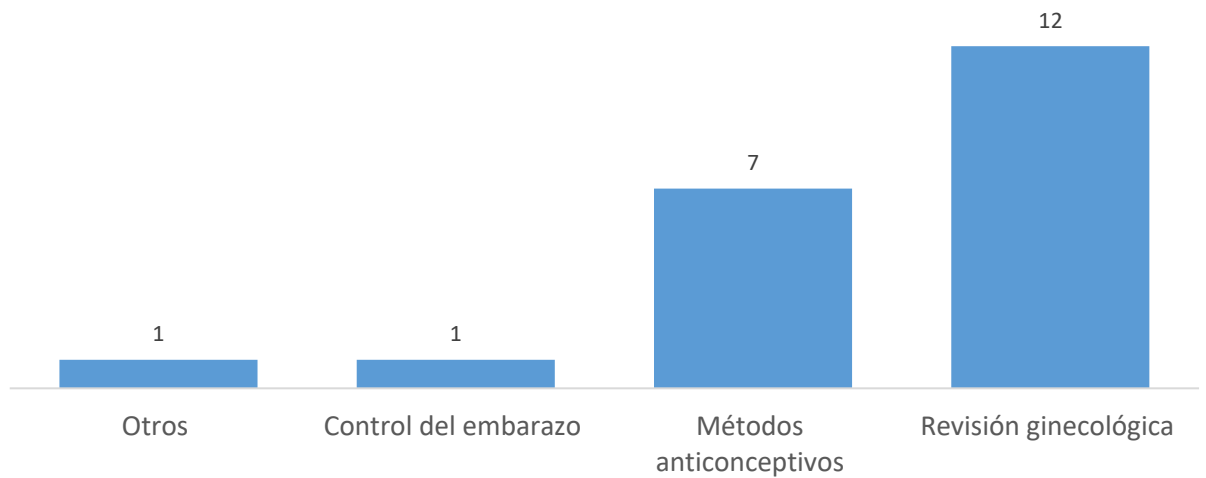
Fuente: Elaboración propia

El gráfico 3, muestra las principales limitantes para acceder a la atención en los servicios de salud sexual durante la pandemia de COVID-19. La razón más mencionada, con 16 respuestas, fue que se priorizaba la atención de COVID, lo que evidencia cómo los servicios médicos se vieron reorientados hacia la emergencia sanitaria, afectando otras áreas de la salud.

En contraste, 9 personas indicaron no haber enfrentado ninguna limitante, lo que sugiere que una parte significativa de la población pudo mantener su acceso a estos servicios a pesar del contexto. Otras barreras mencionadas incluyen el miedo al contagio de COVID (3 respuestas), las restricciones por la cuarentena (2 respuestas) y factores económicos, de desconocimiento o relacionados directamente con el virus, cada uno mencionado por 1 persona.

El análisis de estos datos refleja que, aunque la pandemia afectó considerablemente la atención en salud sexual, las experiencias fueron diversas, con algunas personas enfrentando dificultades importantes y otras logrando sortear los obstáculos sin inconvenientes.

GRÁFICO 4: ¿USTED ACUDIÓ A LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS PARA QUE LE FUERAN BRINDADOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPO DE PANDEMIA Y POST PANDEMIA?

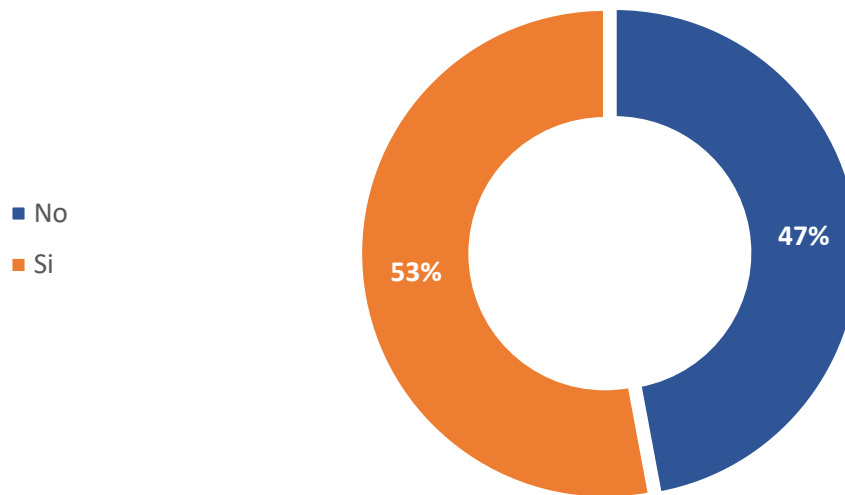


Fuente: Elaboración propia

El gráfico 4, muestra los servicios solicitados en la Unidad de Salud Barrios, destacando cuatro categorías principales. Se observa que el servicio más solicitado es la revisión ginecológica, con un total de 12 solicitudes, lo que indica una mayor preocupación o necesidad en este ámbito. Le sigue la solicitud de métodos anticonceptivos con 7 casos, reflejando un interés significativo en la planificación familiar.

Por otro lado, tanto el control del embarazo como otros servicios registraron solo 1 solicitud cada uno, lo que sugiere una menor demanda en estos rubros. En general, la gráfica evidencia una tendencia hacia la atención ginecológica y la anticoncepción como las principales razones por las que las mujeres de la comunidad acuden a esta unidad de salud.

GRÁFICO 5: SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, ¿UTILIZA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?



Fuente: Elaboración propia

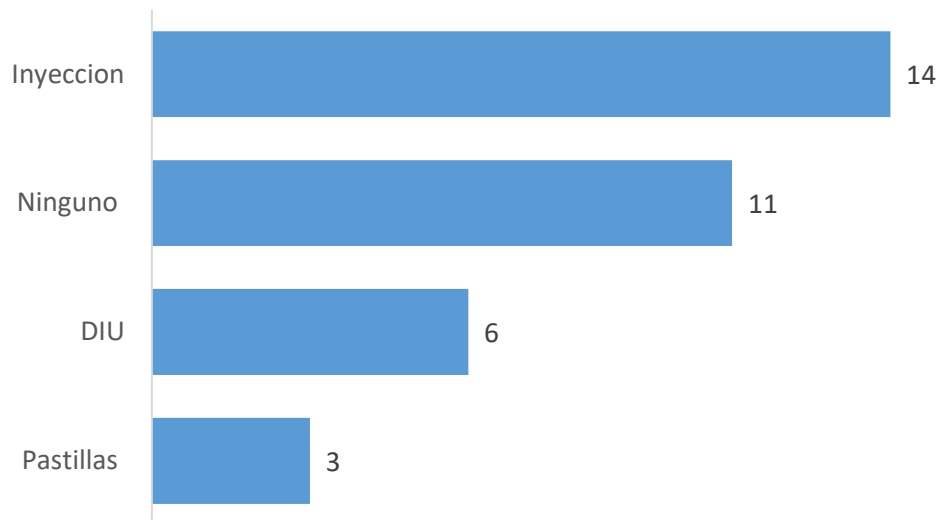
El gráfico 5, muestra el porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos. Se observa que el 53% de las encuestadas respondió afirmativamente, mientras que el 47% indicó que no los usa.

Estos datos reflejan que, aunque más de la mitad de la población encuestada emplea algún método anticonceptivo, aún existe un porcentaje significativo que no lo hace. Las razones detrás de esta decisión pueden estar relacionadas con factores como el acceso a métodos anticonceptivos, la falta de información, creencias personales o decisiones individuales sobre la planificación familiar.

Este análisis sugiere la importancia de seguir promoviendo la educación en salud sexual y reproductiva, así como garantizar el acceso a métodos anticonceptivos para quienes los necesiten.

Si su respuesta anterior fue si, ¿Podría mencionar cual es el método que utiliza con mayor frecuencia?

GRÁFICO 6: ¿CUÁL ES MÉTODO QUE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA?



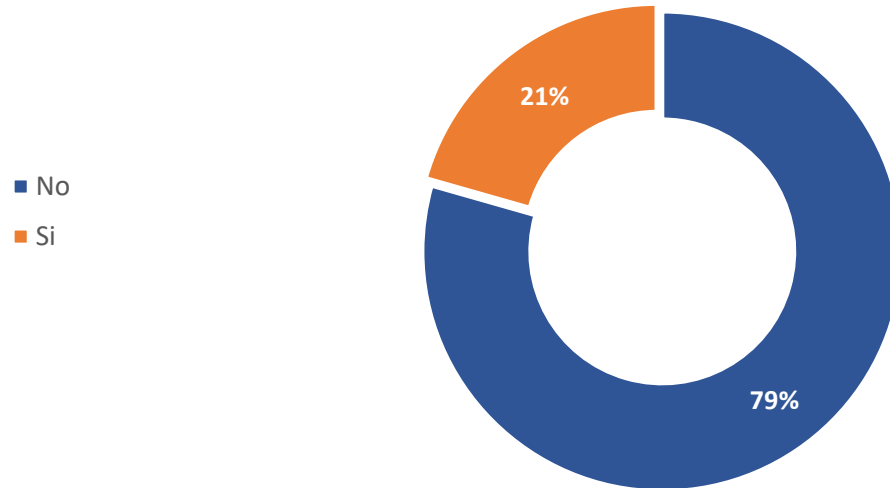
Fuente: Elaboración propia

El gráfico 6, muestra la distribución de los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia por las encuestadas. El método más utilizado es la inyección, con 14 personas que la prefieren. En segundo lugar, se encuentra el grupo que no usa ningún método anticonceptivo, con 11 respuestas.

El dispositivo intrauterino (DIU) es utilizado por 6 personas, mientras que las pastillas anticonceptivas son el método menos común en esta muestra, con solo 3 respuestas.

Estos datos reflejan una preferencia por los métodos inyectables entre quienes usan anticonceptivos, mientras que un número considerable de personas no utiliza ninguno. Este resultado podría estar relacionado con factores como accesibilidad, efectividad, comodidad o educación sobre los diferentes métodos.

GRÁFICO 7: ¿DURANTE EL TIEMPO DE PANDEMIA Y POST PANDEMIA RECIBIÓ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE SU ELECCIÓN?

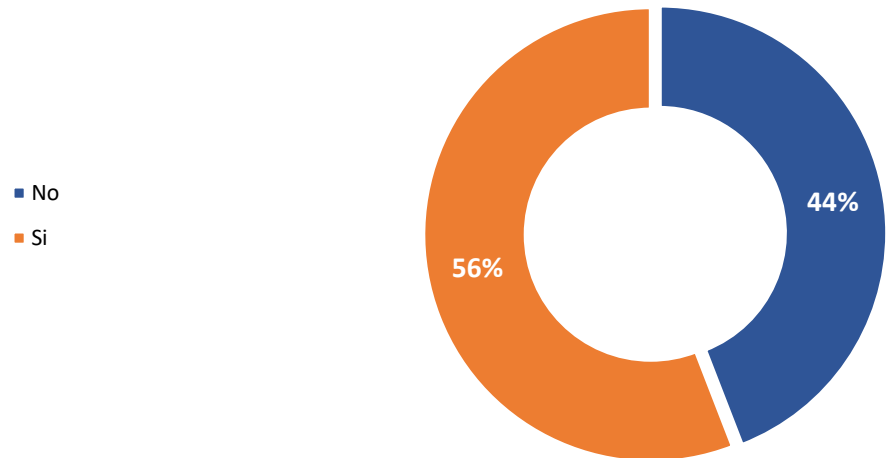


Fuente: Elaboración propia

El gráfico 7, muestra la respuesta a la pregunta sobre si los encuestadas recibieron el método anticonceptivo de su elección. Se observa que el 79% de las mujeres en edad fértil no pudieron acceder al método que prefirieron, mientras que un 21% si lo recibió.

Este resultado indica que la mayoría de las encuestadas no logró obtener el anticonceptivo que deseaban, lo que sugiere un acceso poco favorable a estos servicios. Se refleja que aún existen barreras en la disponibilidad, acceso o asignación de anticonceptivos, lo que podría influir en la planificación familiar y la salud reproductiva de estas personas.

GRÁFICO 8: ¿USTED SE VIO AFECTADA PARA LA REVISIÓN GINECOLÓGICA EN EL TIEMPO DE LA PANDEMIA Y POST PANDEMIA?

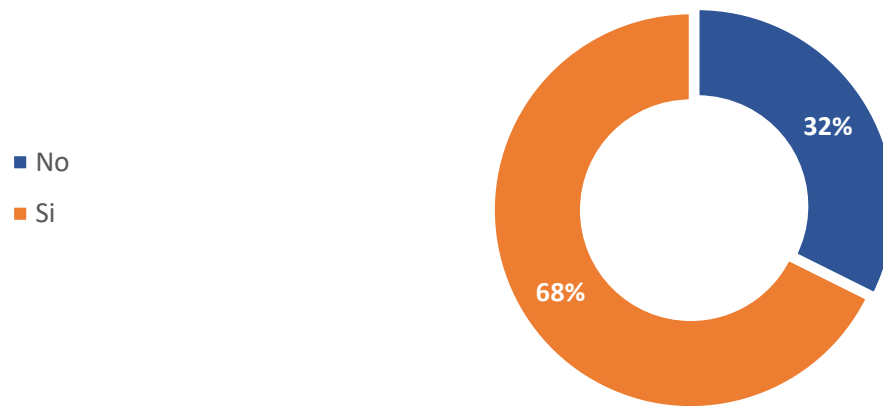


Fuente: Elaboración propia

El gráfico 8, muestra la afectación de las mujeres en cuanto a la revisión ginecológica durante la pandemia. Se observa que el 56% de las personas encuestadas reportó haber sido afectado, mientras que el 44% no experimentó ningún impacto en sus revisiones ginecológicas.

Estos datos sugieren que más de la mitad de la población encuestada enfrentó dificultades para acceder a sus controles ginecológicos debido a la pandemia. Esto podría estar relacionado con restricciones en los servicios de salud, miedo al contagio, o la reorientación de los recursos médicos hacia la atención de pacientes con COVID-19. Sin embargo, un porcentaje significativo (44%) indicó que no tuvo inconvenientes, lo que sugiere que algunos lograron continuar con sus revisiones a pesar de las circunstancias adversas.

GRÁFICO 9: ¿CONSIDERA QUE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS CUENTAN CON LOS CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA PROPORCIONAR LOS SERVICIOS?

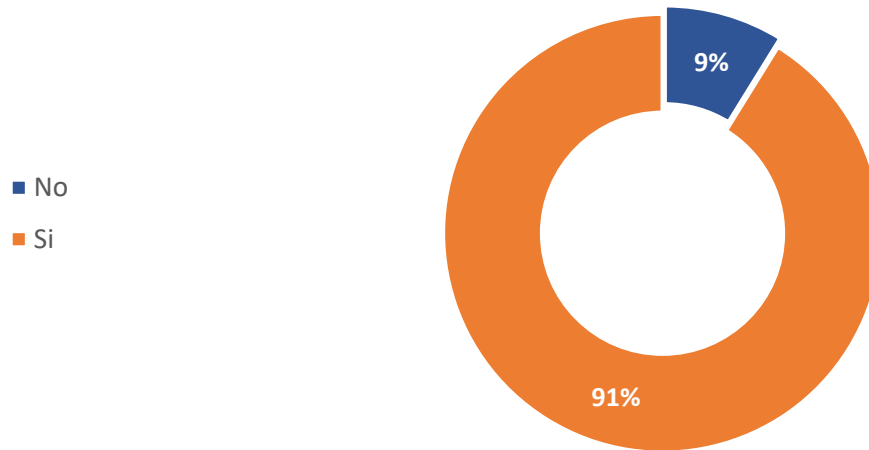


Fuente: Elaboración propia.

El gráfico 9, refleja la percepción de la población sobre la preparación del personal de la unidad de salud de barrios para proporcionar los servicios requeridos. Según los resultados, el 68% de las encuestadas considera que el personal cuenta con los conocimientos necesarios, mientras que solo el 32% opina que no los tiene.

La percepción de falta de conocimientos podría estar relacionada con deficiencias en la formación, falta de actualización en protocolos médicos, o experiencias negativas previas de los usuarios. Esta situación podría impactar la calidad de los servicios de salud, generando desconfianza en la población y disminuyendo el uso de estos servicios.

GRÁFICO 10: ¿LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL MÉDICO FUE BASADO EN EL RESPETO Y CONFIDENCIALIDAD?

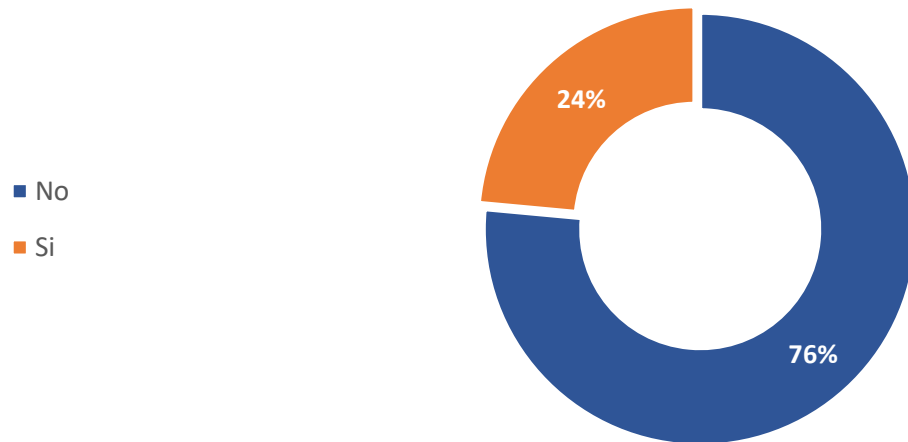


Fuente: Elaboración propia

El gráfico 10, muestra la percepción de las encuestadas sobre si la atención brindada por el personal médico se basó en el respeto y la confidencialidad. Los resultados reflejan que una mayoría del 91% considera que sí se cumplió con estos principios, mientras que solo un 9% opina lo contrario.

Este resultado indica que, en general, los pacientes perciben un trato adecuado por parte del personal médico, lo que contribuye a generar confianza en los servicios de salud.

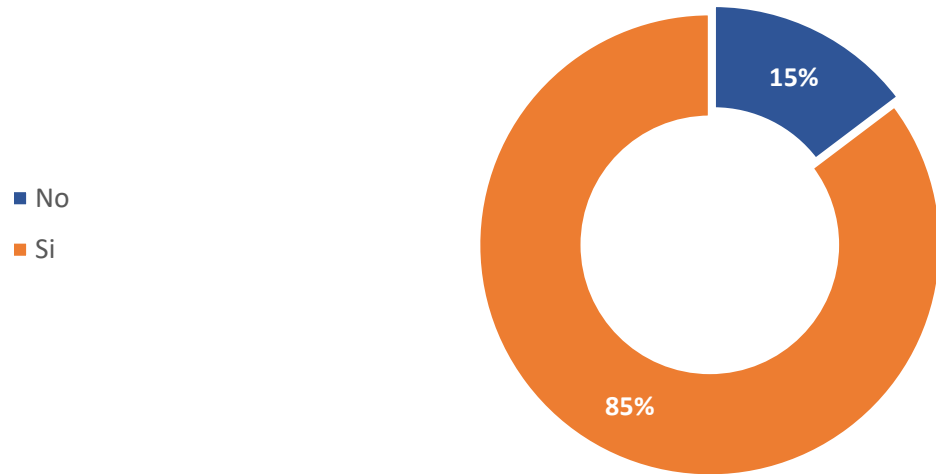
GRÁFICO 11: ¿EL PERSONAL DE SALUD EMITIÓ JUICIOS DE VALOR O DISCRIMINACIÓN MIENTRAS BRINDABA LOS SERVICIOS?



El gráfico 11, refleja la percepción de los usuarios sobre si el personal de salud emitió juicios de valor o discriminación durante la prestación de los servicios. Según los resultados, el 76% de los encuestados afirmó que no experimentó este tipo de situaciones, lo que indica que, en general, la atención brindada fue neutral y respetuosa.

Sin embargo, un 24% de los encuestados manifestó haber percibido juicios de valor o discriminación por parte del personal de salud. Este porcentaje, aunque minoritario, sigue siendo significativo, ya que la discriminación en el ámbito de la salud puede afectar la confianza de los pacientes en los servicios médicos y disuadirlos de buscar atención cuando la necesiten ya que obstaculiza el acceso equitativo. Desde el enfoque de género y derechos humanos en salud, estos buscan garantizar que los servicios sean accesibles, adecuados y respetuosos para todas las personas, independientemente de su género además implica que todas las personas tienen derecho a acceder a servicios de calidad sin discriminación y que el sistema de salud debe de proteger y promover estos derechos.

GRÁFICO 12: ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON HORARIOS DE ATENCIÓN CONVENIENTES A SUS NECESIDADES?

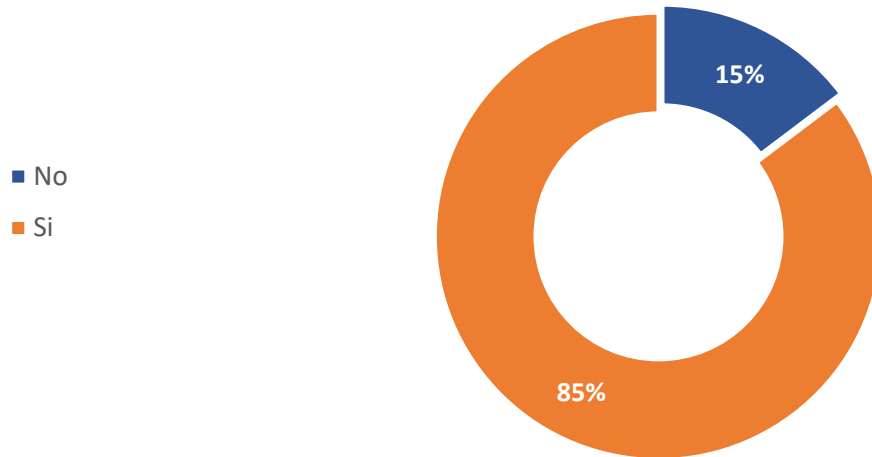


Fuente: Elaboración Propia

El gráfico 12, muestra la percepción de las usuarias respecto a la conveniencia de los horarios de atención en el establecimiento de salud. Los resultados reflejan que el 85% de las encuestadas considera que los horarios son adecuados para sus necesidades, mientras que solo un 15% cree que no lo son.

Este hallazgo sugiere que una pequeña parte de las encuestadas presentan dificultades para acceder a los servicios de salud en los horarios establecidos, lo que podría afectar su capacidad para recibir atención oportuna. Entre las posibles razones de esta insatisfacción podrían estar la falta de horarios extendidos, la incompatibilidad con jornadas laborales o escolares, y la demanda excesiva que satura los turnos disponibles.

GRÁFICO 13: ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SE ENCONTRABA EN CONDICIONES SANITARIAS ADECUADAS?

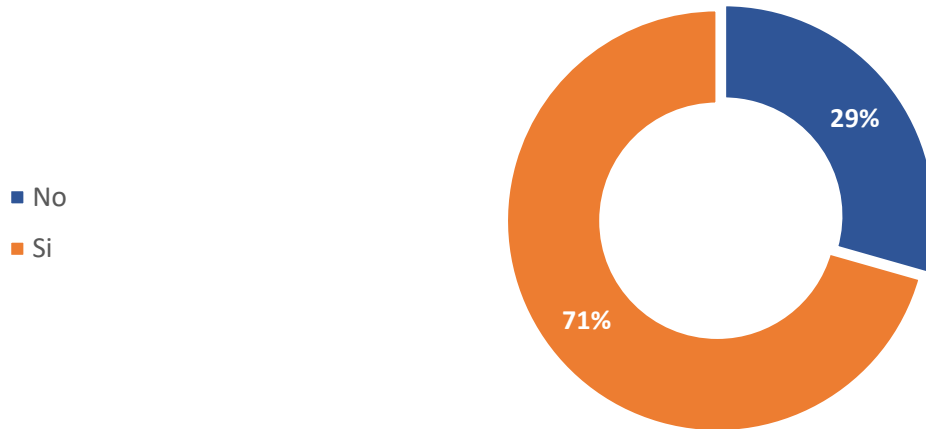


Fuente: Elaboración propia

El gráfico 13, refleja la percepción de las usuarias sobre las condiciones sanitarias del establecimiento de salud. Un 62% de los encuestados considera que el centro se encontraba en condiciones sanitarias adecuadas, mientras que solo un 38% opina lo contrario.

Estos resultados evidencian que una parte de las mujeres encuestadas perciben deficiencias en la higiene y mantenimiento del establecimiento, lo cual puede generar un impacto negativo en la calidad del servicio y en la confianza de las usuarias.

GRÁFICO 14: ¿EL EQUIPO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ERA EL ADECUADO?

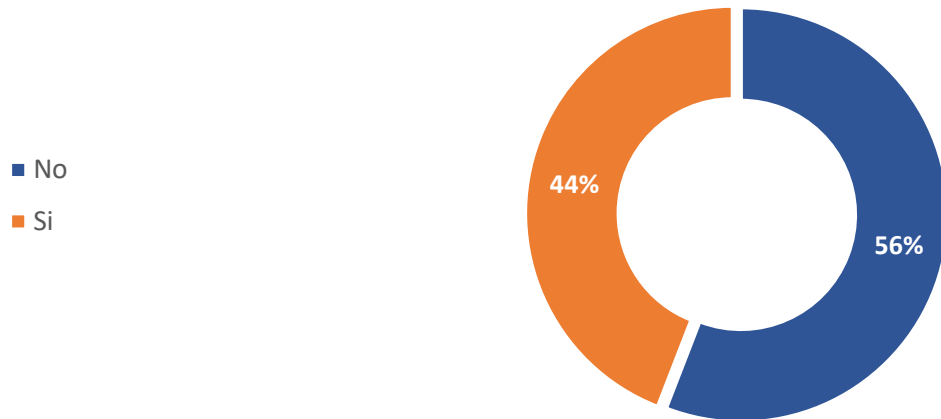


Fuente: Elaboración propia

Los datos del gráfico 14, indican que el 71% de las encuestadas consideró que el equipo e instrumentos utilizados eran adecuados, mientras que un 29% opinó lo contrario.

Esto sugiere que, aunque la mayoría de los participantes están satisfechos con el equipo disponible, aún existe una proporción significativa de mujeres que perciben deficiencias en este aspecto.

GRÁFICO 15: ¿LA UNIDAD DE SALUD CONTABA CON LOS MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS NECESARIOS PARA BRINDARLE ATENCIÓN?

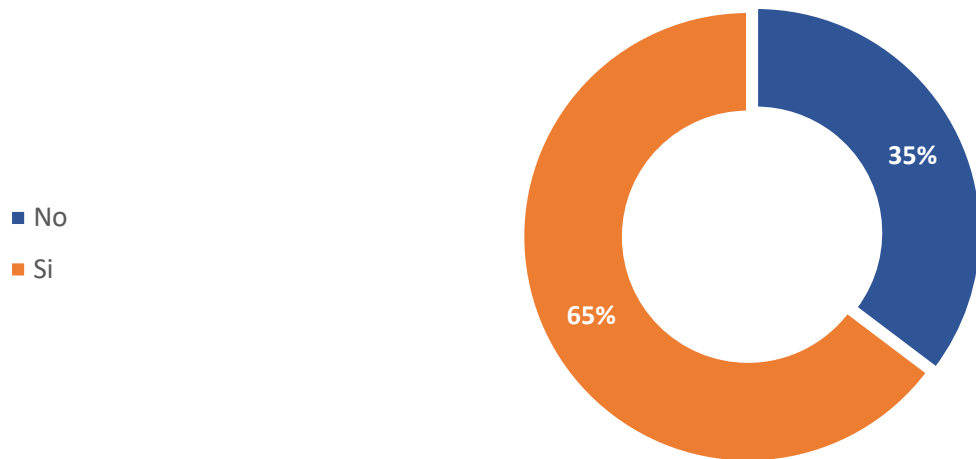


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 15, se observa que el 56% de las encuestadas manifestó que la unidad de salud no contaba con los insumos necesarios, mientras que el 44% afirmó que sí estaban disponibles.

Estos datos reflejan una percepción mayoritaria de insuficiencia en cuanto al abastecimiento de medicamentos y suministros esenciales. La falta de estos recursos puede impactar negativamente en la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes.

GRÁFICO 16: ¿EN CASO DE NO CONTAR CON MEDICAMENTOS, LA UNIDAD DE SALUD LE BRINDO OTRA ALTERNATIVA?

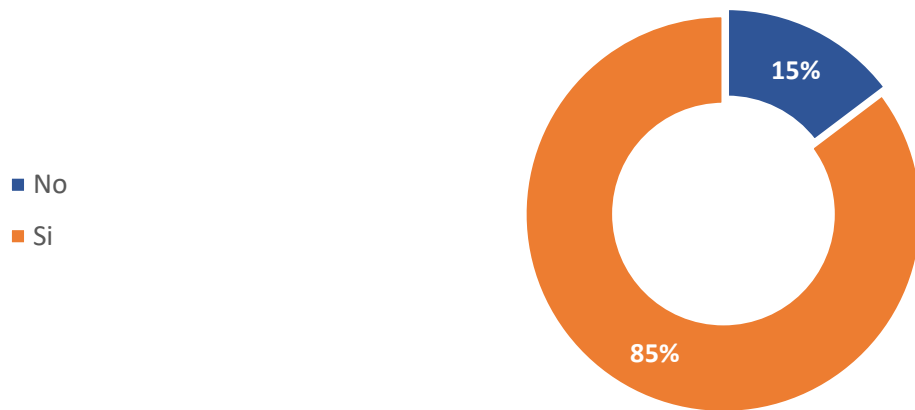


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 16, los resultados muestran que el 65% de las encuestadas afirmó haber recibido una alternativa, mientras que el 35% indicó que no se les ofreció otra opción.

Estos datos sugieren que, si bien la mayoría de las usuarias sí recibió una solución ante la falta de medicamentos, aún existe un porcentaje considerable de pacientes que no obtuvieron una alternativa. Esto puede generar dificultades en el acceso a los tratamientos requeridos y afectar la percepción del servicio de salud.

GRÁFICO 17: ¿LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD QUE RECIBÍO ESTABAN DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS CON RÓTULOS U OTRO QUE LE PERMITIERA IDENTIFICARLOS?

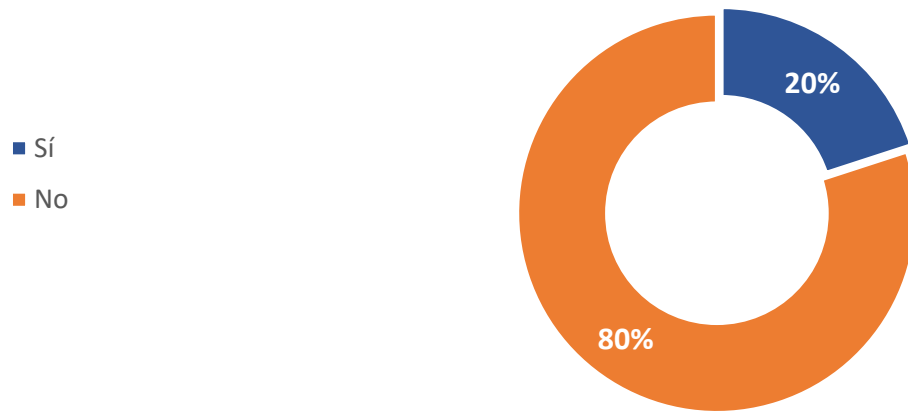


Fuente: Elaboración propia

Según los datos del gráfico 17, el 85% de las encuestadas afirmó que los servicios estaban debidamente identificados, mientras que el 15% indicó lo contrario.

Estos resultados reflejan una percepción mayoritariamente positiva en cuanto a la señalización y organización dentro de la unidad de salud, lo que contribuye a una mejor experiencia para los usuarios y facilita el acceso a los servicios

GRÁFICO 18: ¿CUENTA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD CON UN BUZÓN DE SUGERENCIAS O ALGÚN OTRO MECANISMO PARA PRESENTARLAS?



Fuente: Elaboración propia

El gráfico 18, demuestra que el 80% de las mujeres entrevistadas no identifico ningún mecanismo de sugerencias, mientras que el 20% indico que la unidad médica si cuenta.

Esta brecha identificada es importante para fortalecer el mecanismo de retroalimentación sobre los servicios brindados como parte de la participación ciudadana.

5.2 SISTEMATIZACIÓN DE ENCUESTAS

5.2.1 RESULTADOS DE ENCUESTA

El análisis de las 34 encuestas realizadas a mujeres en edad fértil (15 a 49 años) de la comunidad Corazón de María revela una clara tensión entre la normativa de derechos humanos y la realidad vivida durante la pandemia. Los datos empíricos no solo evidencian carencias logísticas, sino que, interpretados desde la teoría de Foucault, demuestran cómo las medidas de emergencia funcionaron como un dispositivo de biopolítica que jerarquiza la vida biológica (prevenir el COVID-19) por encima de la autonomía reproductiva de las mujeres.

Las encuestas reflejaron una interrupción crítica en el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de consejería. Desde la perspectiva foucaultiana, esto evidencia cómo el Estado ejerció su poder regulador sobre la población al reubicar al personal de salud y cerrar servicios "no esenciales", el sistema de salud decidió implícitamente que la salud reproductiva de las mujeres era sacrificable en pos de la seguridad epidemiológica general. .

Como ya se ha mencionado la crisis sanitaria afectó a los que no contaron con cobertura de salud, en caso de que necesitaran atención médica y a la provisión de anticonceptivos en el sector salud, se registran efectos tanto por las dificultades para mantener el abastecimiento como por la discontinuidad de los servicios y la disminución del número de consultas por el temor de las personas al contagio, tampoco hubo una atención adecuada sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual debido a que hubo un desabastecimiento de condones. Así como la atención en los cuidados para el ejercicio de una sexualidad libre y plena, es decir, la falta de acceso a información actualizada sobre salud sexual y prevención de contagios puede generar malentendidos o prácticas riesgosas, afectando la seguridad en las relaciones sexuales, en cuanto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que implica la libertad de las personas para decidir sobre su sexualidad y reproducción sin violencia. Es decir, decidir sobre el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, etc.

El desabastecimiento de condones y la falta de citas, reportado por las encuestadas, no fue un simple fallo administrativo, sino una manifestación de cómo el saber-poder médico reconfiguró los cuerpos de las mujeres como sujetos pasivos, limitando su capacidad de agencia y decisión (libertad para decidir sobre su sexualidad) en un contexto de crisis.

Cabe mencionar que, en ese tiempo, no se realizaron citologías a todas las mujeres en edad reproductiva es decir a menores de 30 años y la prueba del Virus del Papiloma Humano (VPH) a mayores de 30, estas se realizaban en la casa comunal sin embargo la alcaldía municipal dejó de apoyar con los servicios básicos y por ende dejaron de brindar

estos servicios a las mujeres en edad fértil, para las mujeres fue difícil desplazarse a la unidad de salud. Otro factor que afectó la vulneración al derecho a la salud de las mujeres fue la falta de recursos humanos para llevar controles permanentes de todas las mujeres sumando a esto, no se llevó a cabo los controles prenatales. Cabe mencionar que la promotora no realizó las visitas domiciliarias a las mujeres en edad fértil de la comunidad, por estar re ubicada en los contingentes y porque no se podía movilizar hacia dicho lugar por temor a los contagios.

Al contrastar los hallazgos con los estándares del derecho a la salud (Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad), la brecha es alarmante puesto que enfrentaron importantes desafíos debido a la sobrecarga de los sistemas de salud, el confinamiento, las restricciones de movilidad, el acceso a los establecimientos bienes y servicios de salud sexual y reproductivas se habría visto restringido y falta de personal de salud en las unidades de salud. En ese sentido, aumentaron significativamente el riesgo de vulneración al derecho de toda mujer, niña y adolescentes a la vida, a la salud, a la información, a la educación, a la autonomía reproductiva, a los planes de vida, a gozar del beneficio del más alto nivel del progreso científico, al acceso a los métodos de planificación, a una vida libre de violencia y a la igualdad. Se ha evidenciado la falta de acceso a métodos anticonceptivos y a educación sexual integral, esto pudo resultar en un incremento de embarazos no deseados. En pocas palabras los proveedores de servicios de salud por estar asignados y apoyando la emergencia por COVID 19, no cumplieron con los requisitos mínimos de los estándares de calidad internacionales que debe de cumplir la unidad de salud.

El sistema nacional de salud en El Salvador fue el escenario clave en las dinámicas y las decisiones de las autoridades para resguardar la salud de la población salvadoreña ante el virus del COVID 19, sin embargo, se desatendieron otros rubros igualmente importantes. Durante la pandemia de COVID-19, las mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María, en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se vieron afectados por la magnitud de la crisis sanitaria y humanitaria y por sus graves

efectos económicos y sociales, incluidas las dificultades de acceso a los servicios públicos, en la investigación de campo, se evidenció a través de las encuestas realizadas, que a muchas mujeres se les vulneró el derecho al acceso a la salud sexual y reproductiva, resultó preocupante la caída de la atención y las consultas de emergencia no relacionadas con el COVID- 19 en la unidad de salud, los primeros meses de la pandemia y post pandemia, se desatendieron los programas y las acciones preventivas que son fundamentales, abonando a esto las dificultades para su desplazamiento a los centros de salud y la adquisición de insumos necesarios. También tuvieron dificultades al acceso de métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva

En la entrevista generada a la servidora de salud de la unidad de salud, destacó que el personal de salud fue reubicado hacia áreas médicas directamente relacionadas a la pandemia; el cierre de la unidad de salud a otros de servicios de salud y el desabastecimiento de métodos anticonceptivos y medicinas específicas relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Así mismo la suspensión temporal de programas de atención prenatal y programas educativos de prevención de infecciones de transmisión sexual. A pesar que, el Ministerio de Salud aprobó los Lineamientos técnicos para la atención de embarazadas, niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención y centros de contención durante la pandemia de COVID-19, haciendo énfasis en la atención en salud sexual y reproductiva en casos de violencia sexual, pero no así en el seguimiento de otros procesos en el área de la salud. Según el documento en mención, se instruía “gestionar abastecimiento de métodos anticonceptivos”, pero no evidenció la entrega oportuna de ellos, esta situación limita como se ha planteado anteriormente el derecho a elegir el método anticonceptivo por parte de la mujer, lo cual llevó a un aumento de embarazos, principalmente por la disminución de acceso a métodos de planificación familiar.

Desde la perspectiva de Foucault (2007), el poder no sólo reprime, sino que gestiona la vida. En este caso, las medidas sanitarias operaron como un dispositivo de biopolítica que jerarquizó las vidas: al priorizar la atención del COVID-19, el sistema de salud decidió implícitamente que la salud reproductiva de las mujeres era postergable. La reubicación del personal y el cierre de consultas externas no fueron meros ajustes

logísticos, sino una forma de regulación poblacional que vulneró la autonomía de las mujeres, dejándolas desprovistas de herramientas para decidir sobre sus cuerpo

En la comunidad Corazón de María, las medidas de confinamiento y la reorientación de los servicios sanitarios durante la pandemia de COVID-19 transformaron el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. Desde una perspectiva que incorpora el concepto foucaultiano de biopolítica, estas decisiones institucionales revelan no solo prioridades epidemiológicas, sino también formas de regulación sobre los cuerpos de las mujeres. Las experiencias recogidas muestran que la suspensión de servicios de planificación familiar y la priorización de atención exclusivamente urgente reconfiguraron el acceso efectivo a cuidados reproductivos, evidenciando cómo el saber médico operó como dispositivo de poder en un contexto de crisis sanitaria.

A continuación se mencionan algunos testimonios de mujeres en edad fértil de la comunidad Corazon de Maria.

Casos de mujeres en edad fértil de la comunidad corazón de María	Teoría de Foucault
<p><i>“Yo no planifico, porque mi esposo no me deja, y voy a tener los hijos que Dios me quiera dar”</i></p>	<p>Este testimonio evidencia cómo las decisiones reproductivas de las mujeres se encuentran atravesadas por relaciones de poder que operan en el ámbito familiar, religioso y cultural. Desde una lectura foucaultiana, esta situación puede interpretarse como una forma de regulación del cuerpo femenino que no requiere coerción directa, sino que se sostiene a través de normas interiorizadas y aceptadas como naturales. En el contexto de la pandemia por COVID-19, estas</p>

	<p>dinámicas se vieron reforzadas por la reducción de servicios de planificación familiar, limitando aún más el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva.</p>
<p><i>“Durante la pandemia, no me recibieron en la unidad de salud y no me quisieron poner la vacuna de tres meses”</i></p>	<p>Este testimonio identifica las barreras institucionales que enfrentaron las mujeres de la comunidad Corazón de María para acceder a servicios de planificación familiar. Durante el periodo de emergencia sanitaria, la reorganización del sistema de salud priorizó la atención de casos COVID-19, relegando la provisión de métodos anticonceptivos. Desde una lectura foucaultiana, esta exclusión puede interpretarse como una práctica biopolítica que redefine qué cuidados son considerados esenciales, afectando directamente el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.</p>

<p><i>“Antes nos hacían la citología en la comunal pero después de la pandemia, nos toca ir a la unidad de salud”</i></p>	<p>Se evidencia una transformación en la forma de prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva en la comunidad Corazón de María. La suspensión de la atención comunitaria y su traslado a espacios institucionales centralizados generó nuevas barreras de acceso para las mujeres. Desde una lectura foucaultiana, esta reconfiguración puede interpretarse como una reorganización de los dispositivos de atención sanitaria que, bajo criterios de control y seguridad, termina limitando la accesibilidad real a servicios preventivos fundamentales, afectando el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva.</p>
<p><i>“Después de la pandemia me han negado varias veces la vacuna de tres meses, dicen que el otro mes van a tener y nunca la tienen”</i></p>	<p>Desde una perspectiva foucaultiana, esta situación puede interpretarse como una forma de regulación indirecta de la reproducción, donde la escasez de recursos y la espera prolongada condicionan el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva.</p>

TABLA 4: RESULTADO DE ENTREVISTA A PROMOTORA DE SALUD

RESULTADO DE LA ENTREVISTA A PROMOTORA DE SALUD

Pregunta	Entrevista
¿De qué manera se brindaron los servicios de salud sexual y reproductiva en las mujeres de la comunidad Corazón de María, en la pandemia COVID 2019, en el periodo 2020 y post pandemia, año 2021?	Los servicios de salud sexual y reproductiva no se brindaron durante la pandemia covid-19, los promotores fueron reubicados en los centros de contención. Luego de la post pandemia, se nos prohibió ingresar a las viviendas por medio al contagio de covid-19, y no se priorizo la atención a salud sexual y reproductiva
¿Hubo afluencia de las mujeres en edad fértil en el periodo de pandemia y post-pandemia al solicitar los servicios de salud sexual y reproductiva respecto a los métodos de planificación familiar, controles prenatales? Explique.	Durante a mediados de marzo y a mediados de agosto no hubo tanto, como le repito si hubo alguna usuaria a solicitar el método, desconozco si fue atendida o despachada porque solo se veía la emergencia, cuando se reapertura la atención por agosto, muchas usuarias fueron hacerse la prueba de embarazo y a la toma de citología.
¿Cuál fue el contexto respecto al derecho de la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María?	No se le niega el derecho a la salud sexual y reproductiva, pero se tenía que cumplir lineamientos desde arriba, al no asistir a la comunidad por estar asignada a otras funciones y estar 24 horas en los centros de contención
¿Se identifican limitantes y barreras del acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva para las mujeres de la comunidad Corazón de María? ¿Sí o no? ¿Cuáles?	La mayor barrera fue el desabastecimiento de los métodos de planificación familiar. Se priorizo comprar otros medicamentos, en el año 2021 hubo en cuatro ocasiones retiro de la inyección de 3 meses. Hubo la limitante del personal de salud ya que estaban en atendiendo la pandemia del covid-19.
Mencione cuáles son los servicios de salud que solicitan frecuentemente las mujeres de la comunidad Corazón de María.	Solicitan la citología o la prueba del VPH le mencionó citología porque ésta se hace a menores de 30 años y la prueba del VPH a mayores de 30 años. Antes de la pandemia se realizaba en la comodidad de la casa de las mujeres, durante la pandemia estas pruebas no se pudieron realizar y luego de la pandemia la unidad de salud ya no continuó brindando estas atenciones por la falta de condiciones al tratar de hacer los exámenes en los domicilios.

Elaboración propia

CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación, basada en las experiencias de las mujeres de la comunidad Corazón de María, revelan que la pandemia por COVID-19 tuvo un impacto significativo en el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR). Las medidas de contención implementadas por el Estado salvadoreño, como el confinamiento y la priorización de la atención al COVID-19, generaron múltiples barreras que afectaron directamente a la población objeto de estudio, por lo que puede concluirse:

- 1- La principal barrera identificada en la Unidad de Salud Barrios fue la caída en la atención de consultas no relacionadas con COVID-19. Esto se agravó por la reubicación del personal de salud, lo que limitó la prestación de servicios básicos de SSR. Los resultados de las encuestas confirmaron que las mujeres enfrentaron restricciones en la movilización, el aislamiento social y la falta de acceso a métodos anticonceptivos y exámenes físicos. Ello con graves efectos en particular el derecho a la vida y a la salud generando tensión entre la salvaguarda de la salud pública y el ejercicio de derechos y libertades individuales.
- 2- La experiencia de la Comunidad Corazón de María resalta la necesidad de fortalecer las instituciones de salud y establecer mecanismos de resiliencia y provisión continua de servicios, garantizando la planificación familiar, la educación sexual integral y la atención preventiva como componentes esenciales para proteger la vida, la autonomía y la igualdad de las mujeres. La investigación resalta la necesidad de abordar estas desigualdades estructurales, ya que la pandemia demostró que la atención a una emergencia no debe ignorar los problemas subyacentes.
- 3- El desabastecimiento de métodos anticonceptivos y la suspensión de controles prenatales afectaron la autonomía reproductiva de las mujeres, reflejando un incumplimiento de los estándares de disponibilidad de insumos, continuidad de los servicios y atención centrada en la persona, esenciales para garantizar

una salud sexual y reproductiva de calidad. Estos desafíos experimentados por las mujeres reflejaron un incumplimiento de los estándares internacionales de calidad en salud, según lo establecido por organismos como la OMS y el UNFPA. Estos principios, que incluyen la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad, se vieron comprometidos. Aunque se evidencian mejoras en la post-pandemia, las encuestas indican que aún persisten deficiencias en el paquete de servicios esenciales, la competencia del personal y el equipamiento.

- 4- Durante la pandemia y post-pandemia, se evidenció la afectación de derechos fundamentales de mujeres, niñas y adolescentes, incluyendo la autonomía reproductiva, el acceso a información y educación sexual, y la libertad de decidir sobre su sexualidad y reproducción. La falta de seguimiento a los programas preventivos y educativos demuestra que la protección de estos derechos requiere priorización y supervisión incluso en contextos de crisis sanitaria. La libertad sexual y su desarrollo constituyen un bien jurídico protegido por el derecho internacional de los derechos humanos y por tanto el Estado Salvadoreño debe garantizar y proteger estos derechos; además, tienen la obligación de garantizar la educación en derechos sexuales y reproductivos en el sistema educativo.
- 5- La experiencia de la Comunidad Corazón de María evidencia que la gestión de la salud pública durante la pandemia no contempló mecanismos suficientes para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población femenina. Esto resalta la importancia de fortalecer la infraestructura, asegurar el abastecimiento continuo de insumos, capacitar al personal de salud y diseñar políticas que integren planes de contingencia para mantener la prestación de servicios esenciales en situaciones de emergencia

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se derivan de los hallazgos de esta investigación y están dirigidas a los actores clave con el objetivo de contribuir a la garantía efectiva del derecho humano a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se fundamentan en la responsabilidad del Estado y de las instituciones competentes, en cumplimiento de sus obligaciones nacionales e internacionales en materia de derechos humanos: señalando las omisiones y velando así por el goce pleno de esos derechos de la población.

AL MINISTERIO DE SALUD

- 1- Fortalecer la disponibilidad y el abastecimiento de insumos y métodos anticonceptivos, asegurando la provisión oportuna de medicamentos, condones y otros elementos esenciales, de manera que las interrupciones en el suministro no limiten la autonomía reproductiva de las mujeres y mantener la continuidad de los programas preventivos y controles médicos, incluyendo citologías, pruebas de Virus del Papiloma Humano (VPH), controles prenatales y seguimiento de infecciones de transmisión sexual, garantizando la cobertura de todas las mujeres en edad fértil y adolescentes, y priorizando la atención comunitaria para reducir barreras de desplazamiento.
- 2- Revisar y actualizar la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, asegurando su implementación efectiva a nivel nacional. Esta actualización debe incorporar un enfoque de derechos humanos y género, enfatizando la calidad de la atención, la empatía y la pertinencia cultural en la prestación de los servicios, en respuesta a las necesidades identificadas en la comunidad.
- 3- Impulsar la elaboración y aprobación de un marco normativo para la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) en el sistema educativo nacional, que sea coherente con los estándares internacionales de derechos humanos y responda a las

necesidades de información y formación en SSR identificadas en la población joven y adulta.

- 4- Establecer protocolos de atención con perspectiva de género: Adoptar y fortalecer protocolos que incluyan mecanismos de denuncia para casos de prejuicio, discriminación y violencia, y que aseguren un manejo ético y confidencial de la información clínica, especialmente en contextos de aislamiento social.
- 5- Adoptar protocolos internos para el personal de salud que garanticen la seguridad sanitaria, la higiene, el distanciamiento social y la confidencialidad en el manejo de la información clínica de las usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva, incluso en situaciones de emergencia.

A LA UNIDAD DE SALUD BARRIOS

- 1- Desarrollar un plan de respuesta a emergencias sanitarias a nivel comunitario en colaboración con la comunidad Corazón de María, asegurando la continuidad de los servicios de SSR. Este plan debe incluir estrategias para el suministro ininterrumpido de métodos anticonceptivos la suficiencia de personal capacitado y la flexibilidad operativa para atender necesidades prioritarias de SSR.
- 2- Implementar un programa de capacitación continua para todo el personal de la Unidad de Salud Barrios. Este programa debe enfocarse en la actualización de estándares internacionales de atención en SSR, así como en la sensibilización en derechos humanos y enfoque de género, con el fin de erradicar prejuicios, fomentar un trato respetuoso y construir confianza, mejorando así el acceso y la calidad de los servicios.
- 3- Fomentar un enfoque colaborativo entre el personal de la Unidad de Salud Barrios y la comunidad, reconociendo que los proveedores de servicios son garantes de derechos. Esto implica crear un ambiente seguro, accesible y de respeto mutuo que

promueva el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres.

- 4- Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en todo momento, no solo durante las crisis. Esto incluye fortalecer medidas de educación sexual integral y de diseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad, abordando la falta de orientación identificada.

A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

- 1- Promover el conocimiento y empoderamiento de las mujeres en edad fértil sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Esto implica facilitar el acceso a información clara y precisa que les permita tomar decisiones libres, informadas, seguras y responsables sobre su sexualidad y reproducción, y conocer su derecho a la asistencia en los establecimientos de salud.
- 2- Fomentar la organización y participación de las mujeres en edad fértil a través de comités comunitarios, con el fin de que actúen como agentes multiplicadoras de información sobre los servicios de SSR disponibles en la Unidad de Salud Barrios, los mecanismos de acceso y sus derechos. Esto busca reducir el desconocimiento identificado y potenciar el acceso a la atención.
- 3- Impulsar la organización comunitaria para la defensa y reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Esto debe incluir la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, implementación, ejecución y monitoreo de las medidas y políticas adoptadas en respuesta a una crisis sanitaria. En particular, incorporar la perspectiva de género a partir de un enfoque transversal teniendo en cuenta los contextos y condiciones que potencializaron los efectos de las crisis sanitarias,

como la precariedad económica, la condición de migrante o desplazada, la privación de libertad, origen étnico-racial, entre otras.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Legislativa. (1983). *Constitución de la República de El Salvador*. Decreto n.º 38, Diario Oficial n.º 234, tomo 281, 16 de diciembre.

Asamblea Legislativa. (2011). *Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres*. Decreto Legislativo n.º 645, Diario Oficial n.º 70, tomo 391, 8 de abril.

Asamblea Legislativa. (2011). *Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres*. Decreto Legislativo n.º 520, Diario Oficial n.º 2, tomo 390, 4 de enero.

Asamblea Legislativa. (2022). *Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia*. Decreto Legislativo n.º 431, Diario Oficial n.º 117, tomo 435, 22 de junio.

Asociación Mundial para la Salud. (2015). *Declaración de los derechos sexuales y reproductivos*.

Bareiro, L. (s.f.). *Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales* (p. 123). <https://www.corteidh.or.cr/tablas/a12755.pdf>

Bertrand Galindo, F., Tinetti, A., Kuri de Mendoza, S. L., & Orellana, M. E. (1996). *Manual de derecho constitucional* (2.ª ed.). Centro de Información Jurídica, Ministerio de Justicia de El Salvador.

BLP Legal. (2020, diciembre 16). *Disposiciones normativas a raíz del COVID-19 en El Salvador*. <https://blplegal.com/es/disposiciones-normativas-a-raiz-del-covid-19-en-el-salvador/>

Cáceres Rivas, C. R. (s.f.). *Situación de los derechos reproductivos de la mujer en la ciudad de San Miguel. Periodo 2004–2008* [Tesis de licenciatura, Universidad no especificada].

Centro de Derechos Reproductivos & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (s.f.). *Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados*.

Colectiva Feminista para el Desarrollo Local. (2020). *Situación de las mujeres en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19*.

<https://colectivafeminista.org.sv/download/situacion-de-las-mujeres-en-el-marco-de-la-emergencia-sanitaria-covid19/?wpdmdl=3218>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). *Pandemia y derechos humanos en las Américas: Resolución 1/2020* (10 de abril).

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2021). *Situación de los derechos humanos en El Salvador* (14 de octubre).

Comité contra la Tortura. (2010). *Observaciones finales: El Salvador, párr. 10* [Documento de la ONU CCPR/C/SLV/CO/6].

Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. (1992). *Informe final*. Río de Janeiro, Brasil.

Conferencia Internacional de Derechos Humanos. (1968). *Declaración de Teherán*. Teherán.

Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. (1984). *Informe de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. México.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. (1994). *Informe final*. El Cairo.

Conferencia Mundial de la Mujer. (1975). *Informe final*. México.

Conferencia Mundial de Población. (1974). *Informe final*. Bucarest.

Conferencia Mundial sobre la Mujer. (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing.

Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social. (1995). *Declaración de Copenhague*. Copenhague.

Corte Suprema de Justicia, Sala de lo Constitucional. (2004). *Sentencia de amparo, Ref. 373-2004*. El Salvador.

Corte Suprema de Justicia de El Salvador. (2022). *Boletín de género: Los principios de Yogyakarta*. Departamento de Género.

De Gouges, O. (1971). *Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana*. Madrid: Ediciones del Orto. (Obra original publicada en 1791).

Diseño de la investigación: estudios descriptivos. (s.f.). *Oficina de Integridad de la Investigación (ORI)*. https://ori.hhs.gov/education/products/sdsu/espanol/res_des1.htm

- Etecé, E. (2023, 6 de marzo). *Marco metodológico: concepto, contenidos y ejemplos*. Concepto.de. <https://concepto.de/marco-metodologico/>
- Facio, A. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Ferrando Gamarra, E. (s.f.). *Derecho a la información*. [Editorial no especificada].
- Foucault, M. (s.f.). *Historia de la sexualidad*. [Editorial y año no especificados].
- Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad. Volumen I: La voluntad de saber* (U. Guiñazú, Trad.). Siglo XXI Editores. pág- 34).
- Gamba, S. (2008). Feminismo: Historia y corrientes. En *Diccionario de estudios de género y feminismos*. Editorial Biblos.
- González Guzmán, M. F., & Serrano Flores, E. O. (2010). *Efectos de la jerarquización de valores jurídicos en la normativa que regula el derecho a la vida del no nacido y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer* [Tesis de licenciatura, Universidad no especificada].
- Guirola, Y. (s.f.). *Compromisos internacionales suscritos por El Salvador y su vinculación con los derechos sexuales y derechos reproductivos*. [Fuente no especificada].
- Guerrero, S. (2019). *La protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes en la legislación salvadoreña* [Tesis de licenciatura, Universidad no especificada].
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*.
- J. C. A. (2003, 15 de mayo). La encuesta como técnica de investigación: Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(6). <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
- Machuca, E. (2020, 24 de abril). *UNFPA advierte impacto por suspensión de consultas*. *La Prensa Gráfica*. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/UNFPA-advierte-impacto-por-suspension-de-consultas-20200423-0085.html>

- Mattar, L. (2008). *Reconocimiento jurídico de los derechos sexuales: Un análisis comparativo con los derechos reproductivos*. <https://www.scielo.br/j/sur/a/CwLVRN4HBQzfcPsGb8WJc9q/?lang=es>
- Ministerio de Salud. (2007). *Guía técnica para la consejería en la prestación de servicios de planificación familiar*. Dirección de Regulación, Unidad de Atención Integral a la Mujer.
- Ministerio de Salud. (2009). *Guías para el abordaje integral de salud de adolescentes en el primer nivel de atención* (Tomo 1, p. 75).
- Ministerio de Salud. (2012). *Política de salud sexual y reproductiva*. *Diario Oficial*, n.º 149, tomo 396, acuerdo n.º 1181, 15 de agosto.
- Ministerio de Salud. (2016). *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la población LGBTI* (p. 36).
- Ministerio de Salud. (2020). *Gabinete de Salud se activa ante emergencia por coronavirus*. <http://fosalud.gob.sv/gabinete-de-salud-se-activa-ante-emergencia-por-coronavirus>
- Ministerio de Salud. (2020). *Lineamientos técnicos para la atención de embarazadas, niñas, niños y adolescentes en el primer nivel de atención y centros de contención durante la pandemia de COVID-19*.
- Ministerio de Salud. (2021). *Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido*. *Servicios en SSR para atención de emergencias o desastres* (p. 71).
- Montaño, S., & Aranda, V. (2006). *Reformas constitucionales y equidad de género: Informe final del Seminario Internacional*. Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL.
- Muñoz, E. (2019). *La situación de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, mujeres y adolescentes en El Salvador*. Universidad de Alcalá / PRADPI. https://pradpi.es/wp-content/uploads/2019/07/Esmeralda_Munoz_ISBN_PRADPI.pdf
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*.
- Orella, G. S. (2020, 1 de mayo). *UNFPA revela consecuencias graves en salud de mujeres por COVID-19*. *Diario Co Latino*. <https://www.diariocolatino.com/unfpa-revela-consecuencias-graves-en-salud-de-mujeres-por-covid-19/>

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*.

Organización de los Estados Americanos (OEA). (1995). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará)*. Decreto Legislativo n.º 430, Diario Oficial n.º 154, tomo 328, 23 de agosto.

Organización Mundial de la Salud. (1949). *Constitución de la Organización Mundial para la Salud*. *Diario Oficial*, tomo LVI, n.º 32, 9 de septiembre.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: Un enfoque operativo*.

Ortega, C. (2023, 23 de febrero). *Investigación mixta: Qué es y tipos que existen*. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-mixta/>

Ortiz Ocaña, A. (2015) Enfoques y métodos de investigación en las ciencias sociales (p.35).

ORMUSA. (2020). *Observatorio de derechos sexuales y reproductivos: Monitoreo prensa digital – mayo 2020*. [Agregar URL si está disponible].

ORMUSA. (2020). *Observatorio de Igualdad de Género: Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*.

ORMUSA. (2020). *Observatorio de Violencia: Afectaciones del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva*. <https://observatoriodeviolenciaormusa.org/mujeres-y-covid-19/afectaciones-del-covid-19-en-la-salud-sexual-y-reproductiva/>

Ossorio, M. (s.f.). *Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales* (1.ª ed. electrónica, p. 878).

Profamilia. (2020). *Garantizando los derechos sexuales y reproductivos en Colombia: Retos durante la pandemia de COVID-19*. <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/08/Garantizando-los-Derechos-Sexuales-y-los-Derechos-Reproductivos-en-colombia-Retos-durante-la-Pandemia-de-COVID-19.pdf>

Raguz, M. (2000). Salud sexual y reproductiva y el desarrollo de las mujeres: El rol de los hombres. *Revista de Psicología de la PUCP*, 18(1), 103–120. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4531345>

Rey Cantor, E. (2022). *Principio de legalidad y derechos humanos: Análisis desde la perspectiva del derecho constitucional procesal* (p. 529). <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/344/24.pdf>

Romero, M., & Álvarez, A. (2022). *Efectos de la pandemia en El Salvador: Retos y oportunidades para el desarrollo económico y social* (mayo 2022). [Editorial no especificada].

Ruiz Olabuénaga, J.I. (2012) Metodología de la Investigación cualitativa. 5°. Argitalpen Zerbitzua. Pag 62-64

Solano Ramírez, M. (1998). *Estado y Constitución: La Constitución*. Editorial CSJ, Biblioteca Judicial (El Salvador), 103–104.

Toledo, E. (2018). *Derechos sexuales y reproductivos: Un asunto de derechos humanos*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. (s.f.). *Boletín Científico: UAEH, n.º 7*. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/tlahuelilpan/n7/r1.html>

ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Derecho: Es la facultad del ser humano para hacer o exigir legítimamente aquello que es necesario para la vida. Un derecho es algo como un recurso, un poder, un servicio, un trato que ha sido reconocido socialmente, que podemos exigir por nuestra condición de personas, y que necesitamos para nuestra sobrevivencia y desarrollo personal. Los derechos representan la posibilidad real de elegir y decidir para el desarrollo de nuestra vida, tanto en el ámbito personal como comunitario.

Derechos humanos: son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. La salud sexual y reproductiva: La salud sexual y reproductiva es la posibilidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria, así como la posibilidad de reproducirse

Derechos Reproductivos: Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones no violencias, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Derechos Sexuales: se refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación

Discriminación: Son expresiones, pensamientos y actitudes que colocan en situaciones de inferioridad en un contexto social a personas o grupos de personas para negarles sus derechos igualitarios. Visto desde la declaración Universal de los Derechos Humanos. La discriminación atenta contra los derechos y libertades que esta promulga sin distinción

alguna, raza, etnia, color, sexo, orientación sexual, discapacidad física o mental, idioma, religión. Opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Discriminación de Género: Se refiere a la discriminación ejercida a partir de las diferencias de género. Por el modelo predominante en la sociedad es marginada y vulnerada los derechos y libertades a una persona por ser mujer, independientemente de estar soltera, casada, acompañada o ser madre soltera. Las mujeres son discriminadas diariamente cuando son excluidas de actividades y espacios que se creen son para los hombres, pues son consideradas incapaces, incompetentes e inferiores.

Embarazo no deseado: se refiere a un embarazo que una mujer no desea llevar a término. La ausencia de deseo de un embarazo puede estar asociado con muchos factores: El tipo de relación de pareja, la relación que ella mantiene con su entorno, el tamaño de la familia, la forma en que queda embarazada (por ejemplo: mediante una violación, incesto u otra forma de coacción) o con los valores vinculados a la crianza de hijas e hijos que ella posee.

Enfermedad por coronavirus: (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2.

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), también conocidas como infecciones de transmisión sexual (ITS), son infecciones que se propagan principalmente a través del contacto sexual. Estas enfermedades pueden ser causadas por bacterias, virus o parásitos. Algunas de las ETS más comunes son la clamidia, la gonorrea, la sífilis, el herpes genital, el virus del papiloma humano (VPH) y el VIH/SIDA.

Estándares de calidad de salud sexual y reproductiva: son una herramienta para apoyar a decisores políticos y gerentes de programas a mejorar la calidad de los servicios de salud necesarios para promover, proteger y mejorar la salud y el bienestar de todas las personas.

Género: Se refiere a las ideas y expectativas (normas) extensas compartidas con respecto a mujeres y hombres. Estas incluyen las ideas acerca de características y habilidades “típicamente” consideradas femeninas y masculinas, y expectativas comúnmente

compartidas acerca de cómo deben comportarse las mujeres y los hombres. Estas ideas y expectativas se aprenden de la familia, amistades, líderes de opiniones, instituciones religiosas y culturales, la escuela, el trabajo, la publicidad y los medios de comunicación.

Métodos de planificación familiar: son estrategias o herramientas utilizadas para controlar la reproducción y evitar embarazos no deseados. Estos métodos incluyen diversos anticonceptivos y prácticas que permiten a las personas decidir sobre el número de hijos y el momento de tenerlos, de manera responsable y consciente

Mujeres en edad fértil: son aquellas que tienen entre 15 y 49 años de edad. Este rango de edad se considera el período de mayor potencial reproductivo de la mujer.

Pandemia: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.

Participación Ciudadana: Es el derecho a participar en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y en la gestión estatal, como ejercicios de la libertad e instrumentos básicos para controlar el poder político, garantía fundamental de la vigencia de un verdadero estado de derecho.

Salud: es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Así mismo menciona “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Salud reproductiva: un Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Salud Sexual: requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y

seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud.

Servicios de salud sexual y reproductiva: son un conjunto de acciones y programas que buscan proteger la salud física, mental y social de las personas en relación con su sexualidad y reproducción. Estos servicios incluyen la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva a lo largo de todas las etapas de la vida.

Violencia de género: Es cualquier tipo de violencia ejercida sobre la base de las diferencias de género, sea en lo público o en lo privado

Virus del Papiloma Humano (VPH) es un grupo de más de 200 virus relacionados, algunos de los cuales pueden causar verrugas genitales o cáncer. Es la infección de transmisión sexual más común.

Sexo: Se refiere a los atributos fisiológicos que identifican a una persona como varón o mujer: El tipo de órganos genitales (pene, testículos, vagina, útero). El tipo de hormonas predominantes que circulan en el cuerpo (por ejemplo: estrógeno, testosterona).

Sexualidad: Es todo el conjunto de experiencias físicas, sentimentales y sociales a partir del sexo con que nacemos, el deseo de dar recibir cariño; el placer de sentir otro cuerpo las funciones que cumplimos como hombres o sexual, la forma de vivir el noviazgo las relaciones sociales y amorosas entre mujeres y hombres son manifestaciones de nuestra sexualidad la sexualidad es aprendida, de acuerdo con las costumbre de cada país y según seamos hombres o mujeres por eso se habla de una sexualidad masculina y sexualidad femenina, aprendidas desde la infancia.

Trabajo reproductivo: Se refiere al rol biológico de las mujeres en la reproducción física, o sea, en la perpetuación de la especie humana: la procreación también abarca la reproducción social, comprendiendo la responsabilidad de crianza y educación de las hijas y los hijos y las tareas domésticas que comprenden el cuidado del hogar y la familia y la administración de lo doméstico.

Vulneración de Derechos: violación de un derecho económico, social o cultural ocurre cuando el Estado incumple su obligación de garantizar que los ciudadanos puedan disfrutar de esos derechos sin discriminación o cuando no satisface su obligación de respetar, proteger o hacerlos cumplir.

Violencia Comunitaria: Toda acción u omisión abusiva que a partir de actos individuales o colectivos transgreden los derechos fundamentales de la mujer y propician su denigración, discriminación, marginación o exclusión.

Violencia Institucional: Es toda acción u omisión abusiva de cualquier servidor público, que discrimine o tenga como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y disfrute de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres; así como, la que pretenda obstaculizar u obstaculice el acceso de las mujeres al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia.

ANEXO 2. PRESUPUESTO

Presupuesto de investigación				
Rubro	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Subtotal
honorarios	mes	20	\$ 75.00	\$ 1,500.00
gastos administrativos	mes	4	\$ 35.00	\$ 140.00
Papeleria	mes	6	\$ 10.00	\$ 60.00
Transporte	mes	6	\$ 10.00	\$ 60.00
Alimentacion	mes	6	\$ 10.00	\$ 60.00
servicios(internet y electricidad)	mes	10	\$ 30.00	\$ 300.00
impresiones	Unidad	300	\$ 0.35	\$ 105.00
Fotocopias	Unidad	50	\$ 0.10	\$ 5.00
Comunicaciones	mes	6	\$ 10.00	\$ 60.00
Impresión final	Unidad	300	\$ 0.35	\$ 105.00
Empastado	Unidad	1	\$ 35.00	\$ 35.00
			Subtotal	\$ 2,430.00
			Imprevistos	\$ 243.00
			Total	\$ 2,673.00
Concepto	Porcentaje			
Imprevistos	0.1			

ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1) GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL DE SALUD

Objetivo: Identificar las principales problemáticas en materia de salud sexual y reproductiva, que afectaron a las mujeres en edad fértil de la comunidad Corazón de María durante el período de pandemia y post pandemia.

Toda la información será procesada y tratada de manera confidencial.

Aviso de consentimiento informado: Los datos obtenidos en este cuestionario, pueden ser utilizados con fines estadísticos. Marcar a continuación si está de acuerdo:

Si

No

1. ¿De qué manera se brindaron los servicios de salud sexual y reproductiva en las mujeres de la comunidad Corazón de María, en la pandemia COVID 2019, en el periodo 2020 y post pandemia, año 2021?
2. ¿Se han aplicado los estándares de calidad internacionales al brindar los servicios de salud sexual y reproductiva en la Unidad de Salud Barrios? ¿Cuáles se han aplicado?
3. ¿Hubo afluencia de las mujeres en edad fértil en el periodo de pandemia y pos pandemia al solicitar los servicios de salud sexual y reproductiva respecto a los métodos de planificación familiar, controles prenatales? Explique.
4. ¿Cuál fue el contexto respecto al derecho de la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil de la Comunidad Corazón de María?
5. ¿Se identifican limitantes y barreras del acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva para las mujeres de la comunidad Corazón de María? Si o no ¿Cuáles?
6. ¿Con que frecuencia realizan visitas domiciliarias y proporcionan los servicios de salud efectivos a las mujeres de la comunidad Corazón de María?
7. ¿Cuenta el establecimiento de salud con los equipos, los medicamentos, los suministros y la tecnología necesaria para brindar atención eficaz a las mujeres de la comunidad corazón de María? Mencione algunos.

8. ¿Mencione, cuáles son los servicios de salud que solicitan frecuentemente las mujeres de la comunidad corazón de María?
9. Explique las responsabilidades del personal de salud en atención con las mujeres de la comunidad corazón de María
10. Mencione si el personal de salud informa sobre los derechos de las mujeres, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

2) ENCUESTA

Cuestionario dirigido a mujeres en edad fértil de la comunidad corazón de maría, San Salvador.

Objetivo: La información recolectada es con fines de identificar las principales problemáticas que afectaron a las mujeres en edad fértil de la comunidad Corazón de María.

Toda la información será procesada y tratada de manera confidencial.

Aviso de consentimiento informado: Los datos obtenidos en este cuestionario, pueden ser utilizados con fines estadísticos. Marcar a continuación si está de acuerdo:

Sí No

Tiempo: El llenado de cuestionario puede tomar aproximadamente 15 minutos

I. Generalidades	
Rango de edad	15-19 <input type="checkbox"/> 20-25 <input type="checkbox"/> 26-30 <input type="checkbox"/> 31-35 <input type="checkbox"/> 36-40 <input type="checkbox"/> 41-45 <input type="checkbox"/> 46-49 <input type="checkbox"/>
¿Consideras que la pandemia de COVID 19 afecto tu atención en servicios de salud sexual y reproductiva?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Cuáles fueron las principales limitantes para acceder a la atención a los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia y post pandemia?	
---	--

II. PERSONAL DE SALUD	
1. ¿Usted acudió a la Unidad de Salud Barrios para que le fueran brindados servicios de salud sexual y reproductiva?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Si su respuesta anterior fue si, ¿Podría mencionar que servicios solicitó?	Métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> Revisión ginecológica <input type="checkbox"/> Control del embarazo <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
3. ¿Utiliza métodos anticonceptivos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Si su respuesta anterior fue si, ¿Podría mencionar cual es el método que utiliza con mayor frecuencia?	
5. ¿Durante el tiempo de pandemia y post pandemia recibió el método anticonceptivo de su elección ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Usted se vio afectada para la revisión ginecológica en el tiempo de la pandemia y post pandemia?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7. ¿Considera que el personal de la unidad de salud barrios cuentan con los conocimientos requeridos para proporcionar los servicios?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. ¿La atención brindada por el personal médico fue basado en el respeto y confidencialidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿El personal de salud emitió juicios de valor o discriminación mientras brindaba los servicios?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

RECURSOS Y ENTORNO

1. ¿El establecimiento de salud cuenta con horarios de atención convenientes a sus necesidades?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿El establecimiento de salud se encontraba en condiciones sanitarias adecuadas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿El equipo e instrumentos utilizados durante la prestación de servicios era el adecuado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. ¿La unidad de salud contaba con los medicamentos y suministros necesarios para brindarle atención?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. ¿En caso de no contar con medicamentos, la Unidad de salud le brindo otra alternativa?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Cuenta el establecimiento de salud con un buzón de sugerencias o algún otro mecanismo para presentarlas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Los servicios de atención en salud que recibió estaban debidamente identificados con rótulos u otro que le permitiera identificarlos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ANEXO 4. VISITA A LA COMUNIDAD

Fotografía 1. (Investigadoras aplicando el instrumento de la encuesta en la casa número siete de la comunidad Corazón de María)



Fuente: Propia para la investigación

Fotografía 2 (Investigadoras aplicando el instrumento de la encuesta en la casa número veinte de la comunidad Corazón de María)



Fuente: Propia para la investigación