



LAS DIGNAS

***PRIVATIZACION DE LA SALUD Y LA ATENCION EN SSR QUE
RECIBEN LAS MUJERES EN LOS TRES NIVELES DE ATENCION EN
SALUD DEL SECTOR PUBLICO, EN EL ÁREA URBANA Y RURAL
DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR, OCTUBRE –
DICIEMBRE 2004***

INVESTIGADORAS

Isabel Cristina Reyes Regalado

María Ángela Elías Marroquín

Abril 2005

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
I. OBJETIVOS	
A General	6
B. Específicos	6
II. MARCO TEORICO REFERENCIAL:	
A. Contexto de la Salud Sexual y Reproductiva.	7
B. Derechos sexuales y Reproductivos.	9
C. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva	12
D. El Proceso de Reforma en Salud en El Salvador	21
III. METODOLOGIA	
A. Diseño de la investigación	24
B. Variables e indicadores	25
IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	
A. Conocimiento de las mujeres sobre la oferta de servicios de Salud Sexual y Reproductiva en los tres niveles de atención en salud	26
B. Cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud	41
C. Costos de los servicios de salud sexual reproductiva	51
D. Visión de los gerentes sobre los servicios de salud sexual reproductiva	56
E. Avances del proceso de reforma en salud: La salud sexual y reproductiva	62
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
VI. BIBLIOGRAFÍA	73

SIGLAS USADAS EN EL DOCUMENTO

AE: Anticoncepción de Emergencia

ANSAL: Análisis del Sector Salud en El Salvador

APS: Atención Primaria en Salud

BID: Banco de Desarrollo Internacional

BM: Banco Mundial

CALMA: Centro de apoyo a la Lactancia Materna

CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

CONASA: Comisión Nacional de Salud

DS: Derechos Sexuales

DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar

FUSADES: Fundación para el Desarrollo Social

ISDEMU: Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PF: Planificación Familiar

PIB: Producto Interno Bruto

SERAPHIN: Sin Traducción

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SIMETRISS: Sindicato de Médicos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SSR: Salud Sexual Reproductiva

STISS: Sindicato de Trabajadores del Instituto salvadoreño del Seguro Social

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y síndrome de Inmunodeficiencia adquirida

INTRODUCCION

El presente documento constituye el informe final de la investigación sobre privatización de la salud y la atención en salud sexual reproductiva, que reciben las mujeres en los tres niveles de atención en salud del sector público, en el área urbana y rural del departamento de San Salvador, de octubre – a diciembre de 2004, el documento está estructurado por los siguientes apartados: Objetivos, marco teórico-referencia, metodología, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

El estudio tuvo como propósito documentar científicamente como las acciones de privatización de la salud están interviniendo negativamente en la oferta de los servicios de Salud Sexual Reproductiva, deteriorando la condición del acceso a servicios de calidad, además de caracterizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población femenina del área urbana como rural en el Departamento de San Salvador, para que retomando los resultados se planteen estrategias de incidencia para la mejora en la atención de la salud sexual de las mujeres.

Sus objetivos estuvieron dirigidos a explorar las variables sobre: la atención en Salud Sexual Reproductiva que reciben las mujeres, el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la identificación de costos que implica para las mujeres la atención en salud sexual y reproductiva que ofertan los servicios de los tres niveles de atención del Ministerio de Salud, así como los avances que hasta la fecha tiene el proceso de reforma en salud específicamente en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El acceso a la atención en salud en El Salvador, ha sido un proceso histórico determinado e íntimamente relacionado con la capacidad económica para el acceso a los servicios por cada mujer, esta condición ha sido determinante en función de que la mujer en muchas ocasiones obtiene solamente los servicios que pueda pagar en cuanto a tratamiento, curación y rehabilitación de cualquier afección de la salud y específicamente en la salud sexual reproductiva.

Ante esta realidad, la gran mayoría de la población salvadoreña, y especialmente los grupos vulnerables como las mujeres y los niños(as) han sido siempre los más desprotegidos y perjudicados ante esta injusticia social, generando grandes inequidades, situación que se ha agudizado en el país en las últimas dos décadas, que se han caracterizado por acciones en salud en el marco de los procesos de modernización del

sector, implementado estrategias de privatización de los servicios que limitan el acceso de las mujeres, entre estas acciones se pueden mencionar la compra de servicios a ONGs o empresas privadas, ofrecimientos de paquetes básicos de salud, y últimamente canastas de salud; estas ofertas no tienen ningún carácter de gratuidad sino una tarifa escalonada de acuerdo a la posibilidad de compra del usuario.

A medida que se han ampliado o extendido en cobertura algunos servicios de salud en los diferentes niveles de atención, paralelamente se han ido estableciendo “pagos”, “contribuciones”, “cuotas voluntarias”, que son de alguna forma impuestas y exigidas a los y las usuarias de la salud, observando agudización de este fenómeno en las instituciones del sector público, especialmente en los servicios de salud de el segundo y tercer nivel de atención, golpeando de esta manera la economía y por ende la salud de los mas pobres, incrementando el riesgo y la morbilidad, tal como lo demuestra la tasa de mortalidad materna que según FESAL 2002/2003 es de 170 por 100.000 nacidos vivos.

Esta modalidad de servicios de salud, de igual manera estará accesible para quien tenga el mayor poder adquisitivo, afectando de nuevo la salud de los mas pobres; Además responde a las imposiciones del BANCO MUNDIAL y otros organismos internacionales bajo el ofrecimiento de prestamos para invertir en salud, sin importar el endeudamiento de los gobiernos quienes en ultima instancia trasladan a la población mas pobre estos elevados costos.

Esta realidad viola categóricamente el derecho a la salud contemplado en la constitución de la Republica en su artículo 65, así como en los tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por el Salvador; dentro de estos derechos, se encuentran también los derechos sexuales y reproductivos los cuales son atendidos desde los programas de salud que oferta el MSPAS. Desde una visión biologicista íntimamente ligados a la maternidad; dejando con una atención muy superficial o casi nula a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que por aspectos culturales y religiosos, no tienen un abordaje abierto, libre de prejuicios y tabúes.

La investigación fue realizada con 240 mujeres elegidas al azar que habían consultado en tres niveles de atención, este estudio permitió confirmar como estas mujeres se encuentran desinformadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos obteniendo que del total de mujeres encuestadas, 188 de ellas manifestaron la necesidad de recibir información sobre

sus derechos sexuales y reproductivos lo que corresponde al 78.3% del total de mujeres entrevistadas, además permitió visualizar que los prestadores de servicios no están informando a la población sobre sus derechos Sexuales y Reproductivos, situación que podría estar ocurriendo por el desconocimiento que tengan sobre este campo, o por que no hay voluntad de hacerlo, o podría ser porque prevalecen aspectos religiosos y culturales en los prestadores de la atención en salud de las mujeres.

Otro elemento importante identificado, fue en relación a los costos de los servicios en los tres niveles de atención, identificando que a pesar de haber un mandato gubernamental reciente de NO cuotas voluntarias en el primer nivel de atención, aun persisten algunos establecimientos en donde las mujeres dan “cuotas voluntarias” por sus exámenes, tarjetas de citas, expedientes, odontología entre otros, cuotas que van desde \$ 1.00 dólares hasta \$10.00 cuando del primer nivel son referidas a clínicas o laboratorios particulares para realizarse exámenes especiales.

En los hospitales del segundo y tercer nivel, se identificaron los costos que las mujeres asumen por recibir la atención en salud reproductiva, encontrando que hay pagos desde \$10.00 hasta de \$160 dólares por una intervención quirúrgica. (Histerectomía). Es importante señalar que las mujeres manifestaron que al no tener la cuota solicitada, pasan a trabajo social para negociar el pago que ellas puedan asumir.

El estudio permitió concluir que en los tres niveles de atención no se cumple con el derecho a la información suficiente, oportuna y científica que en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos tienen las mujeres, y que las acciones económicas en materia de privatización de la salud, si repercuten en la economía, en las condiciones de salud, y en la calidad de vida de las mujeres que acuden a solicitar servicios para restablecer su salud.

Con base en los resultados, se presentan conclusiones y recomendaciones que podrán ser compartidas y divulgadas por la organización, y probablemente retomadas por las instituciones de salud de los diferentes niveles de atención en salud del MSPAS.

I. OBJETIVOS

A. GENERAL:

Identificar aspectos que reflejan el proceso de privatización de los Servicios de Salud en el sector público, y su relación con la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en el área urbana y rural de el departamento de San Salvador, noviembre –diciembre 2004.

B. ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la atención en salud sexual reproductiva que reciben las mujeres del departamento de San Salvador en los tres niveles de atención.
2. Explorar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en la atención en salud que reciben las mujeres en los tres niveles de atención del sector público de salud.
3. Identificar los costos que implica para las mujeres la atención en Salud sexual reproductiva en los establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención de la red nacional de servicios de salud.
4. Analizar los avances en el proceso de reforma en materia de salud sexual reproductiva.

II. MARCO TEORICO REFERENCIAL

A. CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

En la convención de Viena de 1993, se ve a la salud reproductiva en el marco de los Derechos Humanos; en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994 se acepta el enfoque en Salud Sexual y reproductiva basada en los derechos y fue adoptado como una nueva política global de consenso sobre la relación entre la Salud Sexual y Reproductiva y las políticas de salud, población y desarrollo, este enfoque establece firmemente los derechos Reproductivos como Derechos Humanos, y los derechos humanos como los principios que deben estructurar todas las políticas del estado; reconociendo a las personas como sujetos de las políticas.

En esta misma conferencia, las mujeres en especial, son reconocidas pública y mundialmente como las que toman las decisiones en todos los asuntos relacionados con su sexualidad, sus cuerpos, y su reproducción. Así mismo este enfoque reconoce que: *“Lograr que las personas gocen del mas alto estándar de salud sexual y reproductiva, requiere que los estados respeten, protejan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos”*

En la conferencia internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), de 1994 se propuso que los gobiernos deben efectuar inversiones de importancia en salud reproductiva y educación, la conferencia reconoce que esta es una acción humanitaria y justa.

El Programa de Acción aclara que “La salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social” y que los derechos reproductivos abarcan”, ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales y en los documentos internacionales de Derechos Humanos.

Una de las metas principales del programa de acción es lograr el acceso universal a los servicios de Salud Reproductiva tan pronto como sea posible, y a más tardar para el 2015.

La plataforma de acción fortaleció el compromiso de la CIPD en pro de la salud reproductiva de la mujer; en ella se establece: “en la mayoría de los países, el descuido de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida publica y privada, incluidas la educación y la potenciación económica y política”.

El nuevo enfoque de la Salud Reproductiva tiene la virtud de reconocer la existencia de complejos vínculos entre la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos y de sus descendientes. Así mismo obliga a subrayar los contextos institucional, político y cultural; superando el **ámbito restringido de lo biomédico**.

El enfoque de Salud Reproductiva desde una perspectiva integral debe comprender las dimensiones políticas, sociales, económicas, culturales y ambientales. Estas dimensiones deben integrarse entre si ya que conforman el espacio social en donde ocurre el proceso único del ser humano como es el DESARROLLO.

El termino Salud Reproductiva fue elaborado y planteado por la OMS. Para institucionalizar todo lo que han sido las políticas de población; y se ha mantenido desde entonces como puntos esenciales de las agendas en las conferencias internacionales.

El Enfoque actual de la Salud Reproductiva implica:

1. Que se combinen los conceptos de salud y de derecho.
2. Que la gente sea el sujeto y no el objeto de las políticas.
3. Políticas y servicios deben responder a una demanda informada, lo que crea la necesidad de educar y de responder a las necesidades de la población.

La Salud Reproductiva mas que una definición es un marco de referencia que debe conducirnos al desarrollo humano a través de asumir la responsabilidad social que a cada uno le corresponde, la integralidad es una de sus virtudes si es vista desde un enfoque holístico.

En este contexto **salud sexual** significa: tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura; libre de enfermedad, lesiones, violencia, discapacidad, dolor innecesario o riesgo de muerte, así como del disfrute pleno del erotismo y del placer y por **salud reproductiva** se entiende "el estado completo de bienestar físico, mental y social...en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos"

Los componentes esenciales de la Salud Reproductiva son: Planificación Familiar, Salud de la madre, Prevención del aborto y atención de las complicaciones del aborto realizado en malas condiciones, Prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.

La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una importante base para el disfrute de otros derechos.

La Cumbre mundial del Desarrollo Social (1995) tuvo como propósito colocar a los seres humanos en el centro del desarrollo sostenible”, la igualdad de Género fue una meta central en la cumbre, y se aprobó una declaración en la que se destaca que: “no es posible lograr el desarrollo social y económico sostenible sin la plena participación de la mujer” y que la igualdad y equidad entre mujeres y hombres...debe estar en el centro del desarrollo económico y social.

En la declaración se señala que las mujeres constituyen la mayoría de las personas que viven “en abyecta pobreza” y que “soportan” una carga desproporcionada de los problemas de vivir en la pobreza; y que la desigualdad de género está íntimamente vinculada con la pobreza. Y que “potenciar a las personas particularmente a las mujeres, para que fortalezcan su propia capacidad, es un objetivo principal del desarrollo humano sostenible.

La salud se relaciona con el acceso equitativo de mujeres y hombres a la educación, el trabajo y la toma de decisiones, entendiendo por salud reproductiva a aquella perspectiva que reconoce el derecho de toda persona ha:

1. Regular su fecundidad segura y eficientemente.
2. Tener y criar hijos e hijas saludables.
3. Comprender y disfrutar su propia sexualidad.
4. Permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociada con el ejercicio de su sexualidad y reproducción.

La anterior definición está orientada por los siguientes principios: Respetar la libertad de elección, aceptar los vínculos con la sexualidad, incorporar el contexto socio cultural y socio económico que debe ser concebido como inseparable de la salud reproductiva y sexual.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. (Art. 3 de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer).

La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y que es la carta internacional de derechos de la mujer, hace referencia al derecho de las mujeres a participar en igualdad de condiciones en todas las esferas de la vida pública sin ser sujetas de ninguna discriminación, además de considerar las mejoras necesarias en la

provisión de los servicios de salud, así como al respeto y cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres.

El artículo 16 de esta convención estipula que: “Las mujeres deben tener los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, y el intervalo entre sus nacimientos, y a tener acceso a la información, educación, y los medios que les permitan ejercer estos derechos.”

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. (Beijing, 1995). Se reafirmó el compromiso de la comunidad internacional en pro de los derechos de la mujer y su participación en condiciones de igualdad “en todas las esferas de la sociedad” como condición previa de un desarrollo centrado en el ser humano.

La Declaración del Milenio (septiembre 2000). Contempla el compromiso asumido por Naciones Unidas que fue: “establecer una paz justa y duradera en todo el mundo” y a volver a consagrar “la igualdad de derechos en todos y todas sin distinción de sexo, raza, idioma o religión”.

En la declaración se afirma que debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres, y se exhorta a todos los estados a: “Promover la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer, como medidas eficaces de combatir la pobreza, el hambre y la enfermedad, combatir todas las formas de violencia contra la mujer, y aplicar la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

El papel de la elección en materia de derechos y de derechos sexuales reproductivos implica una información confiable y comprensible, circunstancias adecuadas, oportunidad de reflexión, alto grado de confianza, no ejercer presión al usuario (a), y considerar las contradicciones, considerando que el punto básico que origina los derechos reproductivos, es la *EXCLUSIÓN*, se debe buscar el derecho a que se legitime la libertad en la toma de decisiones de mujeres y hombres siempre y cuando sea basado en el conocimiento y la razón

Los derechos humanos fundamentales que son la base de los derechos reproductivos y sexuales, son:

1. Libertad reproductiva.
2. Privacidad.
3. Intimidad.
4. Igualdad.
5. No discriminación

6. Autonomía.
7. Derecho a la protección de la salud reproductiva.
8. Derechos sexuales incluido el derecho al placer, al erotismo y al amor.
9. Libre Orientación y preferencias sexuales.
10. Libertad con responsabilidad en las decisiones para la vida sexual.
11. Esperar y exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo en las relaciones sexuales.
12. Libre asociación sexual. (libertad en la elección de pareja).

Los derechos sexuales son mucho más amplios que los derechos reproductivos, la sexualidad es la expresión de la naturaleza en cada ser humano, esto implica reconocer cual es la relación de la sexualidad con el cuerpo, y reconocer el placer como la máxima expresión de esta sexualidad.

La sexualidad no debe ser vista como un dispositivo de poder.

La sexualidad además de ser natural, es una construcción social histórica

La sexualidad existe en el cuerpo de los humanos y humanas, y en sus posibilidades.

La sexualidad es poder, y no solo reprime sino que construye identidades, y se articula con otras formas de dominación.

El acceso al deseo y al placer no tiene que estar incluidos en los discursos de control a la población.

Dentro de los derechos sociales o culturales se encuentra el derecho al estándar más alto de salud física y mental.

PARA CADA DERECHO, EL ESTADO TIENE TRES NIVELES DE OBLIGACIÓN:

1. Respetar el derecho. (no violarlo ellos mismos)
2. Proteger el derecho (no dejar que otros lo violen)
3. Garantizar el derecho (asegurar las condiciones necesarias para el cumplimiento del derecho. Esto implica asignación de recursos humanos y financieros idóneos).

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS INCLUYEN LOS DERECHOS DE LAS PAREJAS E INDIVIDUOS A:

- Decidir libre y responsablemente el numero de hijos (as) que desean tener, cuando y con que frecuencia, y el tener la información, educación y medios para lograrlo.
- .Alcanzar el estándar mas alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia.
- La prestación de servicios en materia de salud sexual y reproductiva con un enfoque de derechos incluye:
- .Reconocer la importancia de tratar a la mujer con dignidad y respeto y de proporcionarle la información apropiada para que tenga las posibilidades de tomar decisiones con conocimiento de causa sobre el curso de tratamientos específicos.
- .Resguardar los derechos de la usuaria en su condición como paciente así como los principios de confidencialidad e intimidad.

- .Ofrecer consejería y métodos de anticoncepción saludables, seguros, eficaces y aceptables; la consejería debe garantizar el derecho de la usuaria a tomar una decisión informada y libre de coerción.
- .Garantizar la atención prenatal, del parto y postnatal que permita embarazos y partos sin riesgos, y brinden a las personas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.
- .Tratar enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA, e informar a las usuarias sobre su prevención.
- .Garantizar atención integral al aborto, así como a las sobrevivientes de violencia.

COMO OTROS ELEMENTOS IMPORTANTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON ENFOQUE DE DERECHOS DEBE CONSIDERARSE:

Informar a las usuarias sobre sus derechos sexuales y reproductivos, y orientarlas sobre los mecanismos de protección locales e internacionales empoderándolas hacia la defensa de sus derechos.

Asegurar la gestión de recursos de tal manera que se responda a las necesidades prioritarias en el tema de derechos sexuales y reproductivos en base a la investigación y al conocimiento científico.

ESTAS PRIORIDADES INCLUYEN.

1. Prestar servicios integrales para mujeres y niñas sobrevivientes de violencia sexual.
2. Prevención de embarazos no deseados con un enfoque particular en las adolescentes.
3. Acceso a métodos anticonceptivos modernos, y promover la anticoncepción de emergencia.
4. Asegurar que la mujer tiene todo el cuidado que necesita para una maternidad sin riesgo.
5. Acceso a servicios de cuidado obstétrico de emergencia incluyendo el aborto terapéutico.
6. Prevenir a través de la educación científica las enfermedades de transmisión sexual incluida el VIH/SIDA. libre de creencias religiosas y prejuicios culturales.

B. SITUACION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SALVADOR

El Salvador, es un país ubicado en el istmo Centroamericano, con una extensión territorial de 21,040.79 Km²; el informe de la población mundial para el 2004, reporta una población de 6.6 millones de habitantes, con una tasa de densidad poblacional de 315 habitantes por Km. cuadrado¹.

¹ DIGESTIC 2003

El 51 % (31376,230) de la población lo constituyen las mujeres, con un crecimiento anual de 2.1% calculando su reducción para el periodo 2020-2025 a 1.2%.²; además, reporta un total de 1, 758,578 mujeres en edad fértil entre las edades de 15 a 49 años, encontrando para el área urbana 1, 093,958, y para el área rural 664,620.

FESAL reporta para el año 2003 que la población de mujeres de 15 a 24 años, y de 15 a 49; representan un poco mas de un tercio de la población en edad fértil; y que del grupo de mujeres de 15 a 19 años, prácticamente una de cada 5 mujeres tienen al menos un hijo(a) actualmente vivo. La misma fuente reporta en cuanto a los niveles educativos, del total de la muestra para la encuestada, que fueron mujeres de 15 a 49 años de edad, se reporta un aumento en la escolaridad promedio de 0.7 años de 1998 al 2003, siendo el promedio actual de 7.1 años estudiados, demostrando que la proporción de mujeres sin escolaridad se incrementa de 3.7% en el grupo de mujeres de 15 a 19 años al 28.9% al grupo de 45 a 49; es significativo que de cada 10 mujeres 4 abandonan los estudios por falta de ingresos económicos, el 12.9 % los abandona porque salió embarazada; y el 11 % por problemas familiares sin especificarlos.³

MORBILIDAD - MORTALIDAD DE LA MUJER

El nulo o escaso acceso a la información científica sobre la sexualidad y la reproducción, y el bajo acceso a los servicios de salud implica que los indicadores de morbimortalidad en materia de Salud Sexual no se modifiquen positivamente en el País y continua siendo medida la salud sexual reproductiva desde un enfoque biologicista y no desde las determinantes de la SSR.

Al revisar la mortalidad de una década anterior, se encuentra que no tiene hay descenso significativo, aumentando para el 2003, ya que en el informe del estado de la población mundial (2004) reporta una tasa de mortalidad materna de 150 muertes por cada cien mil nacidos vivos, a diferencia de FESAL(2002-2003) que reporta una tasa de 172.

Tabla 1

Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacido vivos

² DIGESTIC 2000.

³ Encuesta Nacional de Salud Familiar, (FESAL) El Salvador, 2002-2003.

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
115	78	74	68	60	62	47	72	63.4	51	172

Fuente: MSPAS

Sobre las muertes maternas por abortos no se pueden dar cifras ni estimadas ya que los sub-registros de las causas de defunción son reportados en muchos casos sobre la base de diagnósticos que no reflejan la realidad de la causa de muerte, esto por temor del personal de salud de incurrir en procesos legales; sin embargo en el periodo de 1999 al 2001, se ha encontrado un registro institucional de 2701 abortos inducidos.

La OPS(2004) reporta que las principales causas de morbi-mortalidad materna son: la Hipertensión inducida por el embarazo, hemorragia antes y post parto, sepsis y las complicaciones por aborto; el 54% de muertes tienen como causa la demora en la atención por: falta de criterios médicos para el diagnostico, deficiencias en el manejo, procedimientos por personal inexperto(Anestesia y quirúrgico), falta de equipos e insumos, decisión tardía para la referencia, y deficiencias en el traslado a hospitales o buscar una partera; la mayoría de muertes han ocurrido en los Hospitales de: Maternidad, Santa Ana, San Miguel , Ciudad Barrios y Sonsonate, el otro 33% de muertes tienen como causa la demora por: falta de reconocimiento de la mujer y familia de la complicación, decisión tardía para trasladarla a buscar atención medica.⁴

En cuanto a la morbilidad por Cáncer Cérvico uterino, para el 2000, la tasa fue de 40.56 por cada 100.000 habitantes, segundo lugar en región Centroamericana, en los últimos siete años ocupa el segundo lugar en la morbilidad por tumores a nivel nacional, la mortalidad reportada para el 2000 fue de 17.75 por cada 100.000 ocupando el quinto lugar en la región Centroamericana y la primer de causa de muerte en mujeres para el 2001, además reportan como causas probables, la falta de eficacia de las medidas de prevención, la insuficiente calidad de las citologías, el acceso limitado a servicios de diagnostico y tratamiento por lesiones pre invasivas y las cobertura de citología por primera vez: 32% del 80 le corresponde al ministerio.(OPS 2004)

En cuanto a otras causas de morbimortalidad de las mujeres no asociadas a la reproductividad sino a su sexualidad, se encuentra entre ellas el aspecto cultural, que incrementa actualmente los riesgos de morbilidad que son conceptos erróneos o creencias que la mayoría de la

⁴ Salud para un futuro, OPS y MSPAS, primera edición, agosto 2004 El Salvador.

población tiene al respecto sobre las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA; en donde un 56% de mujeres manifestó que esta enfermedad no se transmite si el hombre es portador sano del virus.⁵, relacionado a la información y educación, el 96% de mujeres reporto según la misma fuente que sí han oído hablar del VIH/SIDA, pero solo el 66% de estas mujeres, conocen las tres formas de prevención relacionadas con la actividad sexual como son: la abstinencia, la fidelidad y el uso del condón en todas las relaciones sexuales.

Otro concepto erróneo y de riesgo encontrado en el 56% de las mujeres, es que ellas creen que no tienen riesgo de enfermarse ya que solo tienen a su pareja, y creen que ellos les son fieles.

Según FESAL (2003) del 96% de mujeres encuestadas, solo el 6% reporto haberse hecho la prueba del VIH. En forma voluntaria. Este indicador muestra las diferencias por área de residencia, nivel educativo y socioeconómico; el % de hombres y mujeres que se han hecho la prueba, esta por debajo del 15%, siendo un riesgo ya que el uso del condón en las mujeres en su última relación sexual fue del 6%.

Para el 2002 la mortalidad por VIH/SIDA, constituyo la 10ª causa de muerte intra hospitalaria, y la segunda causa de muerte en mujeres y hombres en el grupo atareo de 20 a 59 años.

En cuanto al embarazo y sus consecuencias ocho de cada 10 mujeres que han tenido experiencia sexual, han tenido al menos un embarazo. El % de mujeres con experiencia de embarazo asciende al 7% en mujeres de 15 años de edad, al 41% en las de 19 años, y al 76% en las de 24 años, estos elevados índices de embarazo en adolescentes refleja la poca o nula información y educación que reciben estas mujeres para prevenir un embarazo truncando su proyecto de vida al convertirse en madres de manera temprana, además se presentan patologías como las pre eclampsias y eclampsias como una respuesta natural del organismo ante un evento para el cual aun no esta biológicamente ni psicológicamente preparada.

Otro aspecto importante de analizar son los índices reportados de violencia de pareja, en donde esta tiene estrecha relación con la salud en general, y particularmente con la salud Sexual y Reproductiva, y con la Salud Mental de las mujeres.

⁵ IBID Pág. 19

El informe de FESAL 2003 reporta que el 22% de mujeres entrevistadas expuso haber sufrido alguna forma de violencia de pareja dentro de los últimos cinco años siendo la más frecuente la violencia psicológica seguida de la violencia sexual, dentro de la violencia sexual, el 6% de mujeres reporto haber sido violadas con penetración, y un 9% sin penetración, esta realidad expone a las mujeres ha contraer alguna ITS- VIH/SIDA. Ya que estos abusos se cometen sin ninguna protección.

En cuanto a la violencia domestica entendida como “toda acción u omisión directa o indirecta que cause sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte a la mujer dentro del núcleo familiar, y que le hace perder su salud física mental y sexual” Fiscalía General de la Republica (2000) reporta un total de denuncias de 3.7 delitos por día; mientras que el ISDEMU reporto un total de 4672 mujeres victimas de violencia domestica, esta realidad agrava de manera permanente la salud total de las mujeres.

Otra de las formas de violencia es el acoso sexual, y a la que menos atención se le presta sin tomar en cuenta las graves consecuencias físicas y psicológicas que se derivan de una situación de constante estrés, y que perturban la salud sexual y las relaciones de pareja de las mujeres. Dicha situación casi oculta perjudica la salud de las mujeres, no se encuentra mayores estadísticas.⁶

Todas estas formas de violencia se agudizan por la construcción social sobre su rol femenino y de los estereotipos de género que a través de la historia han considerado

A la violencia como un proceso de convivencia social “normal”, sometiendo a las mujeres a tolerar, callar y no denunciar la violencia de género.

C. OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD A LAS MUJERES

El derecho a la salud En El Salvador esta contemplado en el articulo 65 de la constitución señalando que la salud constituye un bien publico, asignándole al estado y a todas las personas, la obligación de velar por su conservación y restablecimiento. Así mismo establece que el Estado será quien determinara la política nacional de salud, controlando y supervisando su aplicación.

⁶ Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer. Política Nacional de la Mujer. Plan de Acción 2000-2004. El Salvador.

En 1996 se crea el Instituto Salvadoreño para el desarrollo de la Mujer (ISDEMU) elaborando en 1997 la Política Nacional de la Mujer, la cual a la fecha a pesar de esfuerzos y la búsqueda de un trabajo conjunto con organismos no gubernamentales y gubernamentales a la fecha aun no existe un avance en el logro de esta política.

El Salvador tiene un sistema de salud fragmentado, cuyos componentes son: el sub-sector *Público y el Privado*; el *Público* lo conforma el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Bienestar Magisterial, Sanidad Militar y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS): *EL Privado* que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. Las instituciones del subsector privado lucrativo mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica profesional con un enfoque mercantil de la salud, las privadas no lucrativas la tendencia es la conformación de organizaciones no gubernamentales que trabajan con financiamiento externo, subsidio público por subcontrataciones o fondos privados en áreas territoriales específicas o en temas circunscritos y que algunas se han vuelto proveedoras de servicios del MSPAS, a través de venta de servicios en áreas que este no da cobertura.

Para dar cobertura al 80% de la población que le corresponde atender al sector público de salud, el Ministerio cuenta con una red de 610 establecimientos de Salud, con 30 Hospitales, 4,677 camas hospitalarias, 357 unidades de Salud, 171 Casas de la Salud, 52 Centros Rurales de Nutrición y una clínica de empleados. La Red de Servicios de Salud esta conformada de acuerdo a su complejidad de atención y capacidad resolutive en tres niveles de atención.

Los establecimientos del primer nivel de atención que son las unidades de salud, casas de la salud y los agentes de salud comunitarios; el segundo nivel que lo conforman hospitales que proporcionan atención en las cuatro especialidades de medicina, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría; el tercer nivel de atención que lo conforman tres hospitales centrales especializados: Maternidad, El de niños Benjamín Bloom y el Nacional Rosales.

Desde el 2000, los servicios están organizados en un Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) que esta constituido por un grupo de unidades de salud y un hospital de referencia del segundo nivel de referencia, existiendo a la fecha 27 Sistemas Básicos con diferentes niveles de desarrollo.

Para la atención a la salud de la mujer, en la reorganización del Ministerio de Salud, en 2000, se crea la gerencia de atención a la mujer, dicha gerencia cuenta a nivel normativo (Ramírez 2003⁷) con el Programa Nacional de Atención Integral en Salud a la Mujer, donde se han estandarizado a nivel nacional la normativa para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, post-parto y recién nacido, se han desarrollado lineamientos para la vigilancia de la Mortalidad Materna a nivel de las instituciones del MSPAS.

Los programas de salud que se ofertan a la mujer en el primer nivel de atención(Unidades y casas de la salud) continúan con un enfoque reproductivo, ya que principalmente se dirigen a la atención de la mujer embarazada y el niño/a, al control de la natalidad y a la prevención del cáncer cérvico uterino, además existen convenio de compra de servicios a ONG's para la extensión de servicios a la mujer en áreas de difícil acceso; en los hospitales del segundo nivel se oferta atención del parto en las 28 maternidades del MSPAS y una muestra de 5 unidades de Salud que atienden partos, en la capacidad resolutive para la atención de las emergencias obstétricas, en el tercer nivel de atención se oferta atención especializada a la mujer con problemas ginecológicos y obstétricos de alto riesgo.

Para desarrollar todas sus funciones el estado les asigna recursos financieros provenientes principalmente de los impuestos a los salarios y los impuestos generales, según OPS 1994, el presupuesto del MSPAS ha aumentado desde 1994, alcanzando el 1.6% del PIB en el 2002, de este el mayor porcentaje(59%) se concentro en hospitales del segundo y tercer nivel de atención, invirtiendo solo una tercera parte en el primer nivel de atención, donde radica la mayoría de acciones preventivas y las curativas básicas, reflejando inequidades en la distribución de financiamiento, condición que no es congruente con el modelo de atención orientado a la salud integral, según esta misma fuente el bajo presupuesto deja descubierta la atención en salud a un porcentaje importante de la población que no accede a servicios regulares de salud, situación que esta siendo planteada se resuelva a través del Fondo Único de Salud (FOSALUD), la creación de este fondo está generando grandes expectativas en cuanto a fuentes de trabajo, pero principalmente todas las relacionadas con su manejo.

En cuanto a las coberturas de los programas de atención a la mujer en los establecimientos del MSPAS los informes para el periodo de 1994 al 2004 reporta:

⁷ Dra. Esmeralda Ramírez presentada, el primer curso internacional sobre derechos humanos y reforma en salud desde la perspectiva de género. Universidad de El Salvador. 2003

Tabla 2
COBERTURAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN PORCENTAJES

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
46	45	63	55	56	58	56	55	49	51	66*

Fuente: MSPAS y FESAL 2003*

FESAL 2003 reporta que el 66% de mujeres embarazadas en el 2003 recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo quedando un 34% descubierto en este periodo., en el 71% de mujeres se cumplió con la norma del MSPAS de recibir un mínimo de 5 controles durante todo el embarazo, quedando el 29% desprotegidas de estos controles.

Tabla 3
COBERTURAS DE PARTO INSTITUCIONAL EN PORCENTAJES

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
37	40	40	42	45	45	44	47	43	42	69*

*Fuente: MSPAS y FESAL 2003**

Según datos se observa un incremento en la cobertura de partos institucionales, así para el 2003 el 69% de mujeres tuvo un parto intra hospitalario, observando que esta cobertura de atención se incrementa con el nivel educativo y el nivel socioeconómico, solo el 48% de las mujeres que paren sus hijos, utilizan los servicios de control pos parto por factores de desinformación, y los escasos recursos económicos entre otros. La inasistencia a este servicio, implica la no introducción de las mujeres al programa de Planificación Familiar de manera informada y oportuna, el 52% restante que no asiste a su control post parto se exponen a una condición de riesgo para su salud y al del recién nacido/a.

Tabla 4
Cobertura de citología por primera vez 1996-2002

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
14.2	17	19	19.8	19	16	19..	47*

*Fuente: MSPAS y FESAL 2003**

Del total de mujeres con experiencia sexual en edades de 15 a 49 años, solo el 85% se ha hecho la citología vaginal en alguna oportunidad, el 75% en los dos últimos años, y en el último año (2003), solo el 47%. Las razones expuestas de no hacerse la citología cérvico vaginal: su pareja no las deja, no tienen recursos económicos para el viaje, les da vergüenza, y porque la unidad de salud se las ha espaciado a cada dos años.

Referido a la cobertura de Planificación Familiar, las instituciones responsables del programa son: el MSPAS, cubriendo el 47% en todo el país, el ISSS, con el 18% Y la Asociación Demográfica Salvadoreña con el 15.5%; el MSPAS provee métodos anticonceptivos al 68.0% de la población sin educación formal, y a un 62.6% de mujeres de nivel socio económico bajo, mientras que la Asociación Demográfica Salvadoreña provee a un 18% de mujeres de menos de 7 años de escolaridad y a un 19% de nivel socio económico bajo, además existen diferencia entre el uso de anticonceptivos de mujeres del área urbana y rural, según FESAL 2003, en la población de mujeres de 15-44 años en edad reproductiva el uso de anticonceptivos guarda relación con el grado educativo, siendo para el área urbana del 73.4% y en la rural el 60%, además según departamentos la tasa mas alta de uso esta en San Salvador, con un 74.3%, esto indica que el índice de utilización de métodos anticonceptivos en mujeres del área rural es menor.

En el análisis que hace FESAL 2003 desde 1975 en cuanto a la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos se encontró que las esterilizaciones femeninas han sido el método de mayor de uso en el país, pasando del 9.7% en 1975 a 32.7%, en el 2002-2003, a partir de 1998 el segundo método mas utilizado es el inyectable con un 18.3 %; continuando los orales con 5.8 % hasta 1993, el incremento del uso de métodos temporales ha alcanzado un 33.9% en el 2002-2003.

D. EL PROCESO DE REFORMA EN SALUD EN EL SALVADOR

En la Región de las Américas, la reforma del sector salud se ha planteado como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud

de la población.⁸ Por lo tanto la “reforma ideal” sería aquella en la que la equidad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social hubiesen mejorado al final del proceso (Pedro Cocco 2000), la misma fuente cita que en la región cada país tiene una realidad diversa y que se observan variaciones importantes en las dinámicas y contenido de los cambios.

En 1993, el Banco Mundial (BM) hizo pública su propuesta “INVERTIR EN SALUD” siendo uno sus mensajes fundamentales que las decisiones de las unidades familiares son determinantes de las condiciones de salud, pero que esas decisiones se ven coartadas por los ingresos y la educación de sus miembros, y que además de mejorar el crecimiento económico en general, los gobiernos deben tomar decisiones mas apropiadas adoptando políticas económicas y sociales que beneficien a los pobres”⁹, esta propuesta plantea que se debe mejorar el gasto en salud, siendo una de sus medidas el financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales, y cuya amplitud y composición será determinada por los propios países, otro de sus lineamientos es promover la diversidad y competencia con políticas que alienten los seguros sociales o privados y a los proveedores públicos, estos lineamientos son lo que han sustentado las diferentes propuestas del estado, desde la propuesta inicial planteada en el informe del Análisis del Sistema de salud en El Salvador (ANSAL) en mayo 1994, incluyendo un “Paquete Básico de Servicios” o “Canasta Básica” que propone algunas acciones de Salud Pública y un número reducido de intervenciones clínicas a ser subsidiada por el estado a los más pobres, situación que responde a políticas internacionales de globalización de la economía mundial incrementando la brecha entre los mas ricos y los pobres.

Estos procesos de Reforma de la década de los 90, suceden una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas, entre ellas el gobierno implementa como parte de sus políticas económicas ajuste estructural y de privatización, entre ellos los de la banca, CEL, las telecomunicaciones y el fondo de pensiones de los empleados públicos.

Desde la propuesta ANSAL han existido dos enfoques de propuestas de reforma en Salud, una las sustentadas en los lineamientos de los organismos multilaterales principalmente la del Banco Mundial y otra las propuestas de la sociedad civil, basada en el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y como una obligación del estado su garantía, estas

⁸ Pedro Cocco, Patricia Schroeder, María Teresa Villen y Edwina Yen. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de la Salud Publica. 2000

⁹ Informe sobre Desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud, citado en el VI coloquio ¿Con que pluma se esta escribiendo La Reforma de Salud? Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1996.

posiciones encontradas han llevado a una serie de conflictos entre el estado y la sociedad civil organizada y los intereses de la empresa privada en el área de la salud representada por la Fundación para la Salud y el Desarrollo(FUSADES), hasta la fecha han existido cinco propuestas de reforma en salud, la presentada por la Comisión Nacional de Reforma en Salud(CONASA), La de FUSADES ,Colegio Medico, Sindicato de Trabajadores de la Seguridad Social (STISSS y SIMTRETREISS) y La mesa 13 del plan de Nación.

Retomando la diversidad de propuestas, Mesa Lagos (El Salvador 2001) presenta el siguiente análisis: “Todas las propuestas coinciden en los siguientes aspectos importantes: La rectoría del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, extensión de la cobertura poblacional para hacerla universal, coordinación o articulación entre las instituciones del sector así como intersectorial, necesidad de mayor énfasis en la prevención, promoción y atención del primer nivel, descentralización (aunque con enfoques diversos), atención en salud integral, necesidad de mejorar la eficiencia y la calidad, desarrollo y regulación de la formación de los recursos humanos, y la participación social, sin embargo hay notables discrepancias en los dos aspectos de la reforma que son mas complejos y controversiales: el modelo de provisión y el financiamiento” ¹⁰, dichas diferencias son mas marcadas con la propuesta privatizadora de FUSADES.

En forma paralela la sociedad civil organizada ha respondido ante las decisiones gubernamentales con propuestas y medidas de presión, siendo las mas evidenciadas las del seguro social acompañada por instituciones de salud estatales, deteniendo las decisiones políticas de la privatización de la salud y conformando en el 2003, la comisión de seguimiento al proceso de reforma en salud, que hasta la fecha (Nov. 2004) aun no ha presentado resultados de su trabajo. Dicha comisión tiene representación de los diferentes actores sociales, aunque elegidos por el estado. Lo que no le da el nivel de participación en la toma de decisiones requeridas para que este proceso sea transparente y se concrete en una política de reforma hacia una verdadera equidad social.

La Propuesta de reforma integral en salud (2000) ha sido el resultado del trabajo del consejo de reforma en salud, nombrado por decreto presidencial numero 15, del 20 de julio de 1999, se pretendía que esta propuesta contemplara los aspectos establecidos en las cinco propuestas de reforma presentadas por diferentes sectores, y que fueron puntos de discusión en las mesas de trabajo del consejo, a pesar de dichas discusiones que tuvieron un carácter intersectorial e interinstitucional, el documento final no recoge todos los puntos discutidos y se

¹⁰ Mesa Lagos Carmelo, La reforma del sector salud en el salvador. Análisis de la propuesta del consejo de reforma y pautas para su seguimiento. El Salvador, febrero 2001.

plantean lineamientos unos mas especificados que otros y contenidos en nueve lineamientos para el proceso de reforma en salud:

1. Consolidar un Sistema Nacional de Salud
2. Consolidar un Modelo de Atención basado en la Promoción, la Prevención y la APS
3. Consolidar un Modelo de Provisión Mixta
4. Consolidar un modelo de Gestión basado en la Rectoría del Ministerio de Salud
5. Institucionalizar la Participación Social
6. Promover la Descentralización
7. Invertir en los Recursos Humanos
8. Fortalecer la Intersectorialidad
9. Garantizar servicios esenciales de salud a la Población

Para la implementación de esta propuesta se conforma a finales del 2002 la comisión de seguimiento al Proceso de Reforma en El Salvador, a la fecha aun no hay resultados concretos y divulgados de esta comisión, simultáneamente el Ministerio de Salud viene implementando medidas de privatización de la Salud, entre ellas las cuotas de “recuperación de costos” que para el caso del Hospital Zacamil tiene aprobado las tarifas para la venta de servicios, aprobada en 1999 a solicitud del Ministerio de salud(anexo 1), otro de los ejemplos de estos procesos son la concesión de servicios a proveedores privados como es el Caso de la Unidad de Salud de San Julián, o a Organismos no gubernamentales, tal como es citado por Orellana 2003” En el Salvador, las modalidades de contratación de servicios tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario se han hecho cada vez mas frecuentes, si bien en el ámbito hospitalario se ha limitado muchas veces a servicios como lavandería, alimentación, vigilancia y otros, en el ámbito comunitario se han vinculado a la contratación de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro para que provean servicios de Atención Primaria en Salud, mediante paquetes básicos”¹¹

¹¹ Programa de Apoyo a la Modernización. MSPAS, Revista Regulación en Salud, vol 1, 2003.

III. METODOLOGIA

La investigación es un diseño cualicuantitativa, de tipo descriptiva, en ella se cuantifican los resultados de las tres variables de estudio y se recoge de la voz de las mujeres sus propias experiencias en los servicios de salud al utilizar servicios de salud sexual reproductiva.

El estudio se desarrollo en los servicios de salud que pertenecen a los cuatro Sistemas Básicos de Salud Integral del departamento de San Salvador, cuya muestra estuvo constituida por 240 mujeres, todas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva de los servicios del primero, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, que habían consultado en los últimos doce meses, y cumplían con los siguientes criterios de inclusión Las mujeres: que fueran usuarias de los programas de SSR y que quisieran participar en la investigación después de explicar el objetivo de la misma.

Las características de las mujeres entrevistadas son: el 47.8% proceden del área rural y el 52.92% del área urbana, de los municipios estudiados; mas del 64.58 % estaba en las edades de 16 a 27 años, el 65.42% ha alcanzado el nivel básico de estudios, con predominio del tercer ciclo, un 6.25% no saben leer ni escribir; un 68% son amas de casa, en cuanto al estado civil el 48.75% tienen unión libre, continuándoles las casadas con 25.83%.

Las unidades de salud fueron:

SIBASI	UNIDADES DE SALUD
1. Centro	Unidad de Salud Concepción, San Miguelito, Monserrat.
2. Sur	Santiago Texacuangos, Santo Tomas y San Jacinto.
3. Soyapango	Soyapango
4. Nor oriente	San Martín, Guazapa y Paisnal
<i>Muestra total de Unidades</i>	<i>10</i>

Además la muestra de hospitales estuvo constituida por el de Zacamil, Saldaña, Soya pango y el hospital de maternidad como tercer nivel.

Para la variable de los avances del proceso de reforma se entrevistaron cuatro miembros de la comisión de seguimiento al proceso de reforma, considerando el sector de procedencia, también se tomaron como fuente de información los niveles gerenciales y operativos de los SIBASI.

Para la recolección de datos se realizaron coordinaciones con las gerencias de los cuatro

Sistemas básicos de salud del departamento de San Salvador, se remitieron los protocolos con sus instrumentos de recolección de datos, a pesar de ello solo se obtuvo la autorización así como todo el apoyo del SIBASI Centro, en este caso las entrevistas de las usuarias se realizaron dentro de las instituciones, en el resto que no se autorizó se entrevistaron a las mujeres fuera de cada establecimiento.

VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
A. Atención en salud sexual reproductiva que reciben las mujeres	<ul style="list-style-type: none"> ○ Programas de salud en el área de SSR ofertados a las mujeres en unidades de salud casas de la salud, hospital del segundo nivel y del tercer nivel ○ Programas de salud en el área de SSR ofertados a las mujeres en casas de la salud ○ Programas de salud en el área de SSR ofertados a las mujeres en hospital del segundo nivel ○ Programas de salud en el área de SSR ofertados a las mujeres en el Hospital de maternidad.
B. Costos que implica para las mujeres la atención en Salud sexual reproductiva en los establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención de la red de servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pago directo que realizan las mujeres en los establecimientos de salud por la atención recibida. ○ Pago o compra de medicamentos no abastecidos e indicados en los establecimientos de salud. ○ Pago de pruebas diagnósticas no realizadas en los establecimientos de salud
C. Cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en la atención en salud que reciben las mujeres en los tres niveles de atención del sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cumplimiento de los derechos humanos al recibir atención en salud ○ Cumplimiento de los derechos reproductivos al recibir atención en salud ○ Cumplimiento de los derechos sexuales al recibir atención en salud
D. Avances en el proceso de reforma en materia de salud sexual reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Componente de SSR en la reforma de salud integral ○ Componente de SSR en el modelo de atención propuesto por la reforma en salud ○ Aspectos de SSR planteados en la propuesta de la reforma en salud

Los datos recolectados fueron procesados en el SOFTWARE de EPI INFO 2000, y se presentan en tablas estadísticas simples, utilizando la estadística descriptiva para su análisis.

IV. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

A. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION.

La oferta de servicios de salud es una variable importante en el análisis de estos, aunque en El Salvador la oferta se hace sobre la base de las instituciones y no de las necesidades reales de la población, el que las mujeres estén informadas de los servicios de salud que se ofertan

les permite acercarse a los servicios y usarlos, se ha demostrado que en la medida que los servicios son solicitados y se cubren las necesidades de atención de las mujeres, disminuyen las posibilidades de complicaciones y por lo tanto disminuye la mortalidad, en esta investigación se han analizado la oferta de servicios de Salud Sexual Reproductiva que tienen los establecimientos del primero, segundo y tercer nivel de atención, encontrando:

Cuadro1

Frecuencia porcentual de mujeres que conocen sobre la oferta de control de embarazo, en las unidades de salud y hospitales del depto de san salvador.

Control de embarazo	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	31	77.5%	199	99.5%
No	4	10.0%	1	0.5%
No sabe	5	12.5%	0	0
Total	40	100.0%	200	100%

En los hospitales del segundo nivel se ofertan servicios de atención a la mujer embarazada y en el tercer nivel se oferta a mujeres con embarazo de alto riesgo, en cuanto a este servicio un 77.5% de las mujeres entrevistadas a nivel de hospitales opinaron que si se oferta el control de embarazo existiendo un 12.5% que no saben de este servicio, en cambio en los establecimientos del primer nivel de atención, el control de la mujer embarazada es uno de los programas prioritarios, según resultados el 99.5% de las mujeres conoce esta oferta de servicio, por lo tanto cabe la posibilidad que para las mujeres del departamento de San Salvador el conocer de este servicio sea un factor de uso de estos servicios, así como también de disminuir la probabilidad de que el embarazo en si, se convierta en un factor de riesgo.

Cuadro2

Frecuencia porcentual de mujeres que conocen sobre la oferta de atención embarazo adolescentes en las unidades de salud del Depto. de san salvador.

Embarazo adolescentes	Fr. Unidades de salud	%
Si	169	84.5%
No	8	4.0%
No sabe	23	11.5%
TOTAL	200	100%

Las Unidades de Salud tienen dentro de sus programas la atención a la mujer adolescente embarazada, con relación a la oferta de este servicio el 84.5% refiere que si les ofrecen servicios para control de embarazo en adolescentes y el 11.5% no sabe de esos servicios,

este desconocimiento puede llevar a las mujeres adolescentes a no consultar oportunamente en los establecimientos de salud y solicitar los servicios cuando ya están con un embarazo avanzado o cuando tienen complicaciones.

Cuadro 3

Frecuencia porcentual de mujeres que conocen sobre la oferta de atención pos parto, en las unidades de salud del departamento de san salvador.

Atención Post Parto	Fr. Unidades de salud	%
Si	174	87.0%
No	3	1.5%
No sabe	23	11.5%
TOTAL	200	100%

En el proceso normal del embarazo, parto y puerperio es importante que la mujer tenga asistencia en salud con el propósito de detectar signos y síntomas de alarma tempranamente y para garantizar que la mujer este saludable en estos procesos fisiológicos normales, así dentro de la oferta de servicios de salud del primer nivel de atención uno de los programas de mas bajas coberturas es la atención post parto, que para el 2003 es del 48%, en los resultados del estudio existe un buen porcentaje de mujeres (13%) que no conoce de la oferta de la atención post parto en las unidades de salud, lo que explica que la desinformación es un factor que interfiere con el aumento de mujeres que asisten a las Unidades de Salud a usar este servicio, aunque un 87% dice conocer de el.

Además el que las mujeres no utilicen los servicios del post parto las arriesga a nuevos embarazos no planificados aun en los primeros cuarenta días de su pos parto inmediato afectándoles su condición física y su calidad de vida.

Cuadro 4

Frecuencia porcentual de mujeres que conocen sobre la oferta de atención puerperio, en hospitales del depto de san salvador.

Atención puerperio	Fr. Hospitales	%
Si	34	85.0%
No	1	2.5%
No sabe	5	12.5%
Total	40	100.0%

El puerperio es el periodo posterior al parto, si el parto es hospitalario las mujeres son atendidas en servicios donde deben recibir atención en salud integral, esta atención incluye las primera 24 horas del puerperio inmediato, según resultados de la investigación solo el 85.0% de mujeres respondió que si se les ofrece atención para el puerperio en el segundo y tercer nivel de atención, un 2.5% respondió que no se los ofertan, y el 12.5% no sabe si estos servicios son ofertados en los hospitales, lo cual demuestra la desinformación sobre este servicio de este grupo de mujeres.

Cuadro 5

Frecuencia porcentual de mujeres que opinan sobre la oferta de, atención de parto normal en hospitales del departamento de San Salvador.

Atención parto normal	Fr Hospitales	%
Si	36	90.0%
No	1	2.5%
No sabe	3	7.5%
Total	40	100.0%

El 90.0% de mujeres entrevistadas en el segundo y tercer nivel de atención, manifestaron conocer de la oferta de servicios para la atención del parto normal, en los hospitales de estudio, el estar informadas de la existencia de la atención del parto en las instituciones es un factor que puede ayudar a que las mujeres hagan uso de el, evitando complicaciones durante el parto, ya que según datos nacionales del 2003, dos de las principales causas de muertes obstétricas son la pre- eclampsia y eclampsia y el shock hipovolémico (Circulación de bajos niveles de líquidos corporales, principalmente sangre). Estos riesgos se aumentan cuando las mujeres con embarazos de alto riesgo o primigestas se quedan en sus casas para ser atendidas por partera.

Cuadro 6

Frecuencia porcentual de mujeres que opinan sobre la oferta de, planificación familiar en unidades de salud y hospitales del departamento de San Salvador.

Planificación Familiar	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	21	52.5%	186	93.0%
No	9	22.5%	2	1.0%
No sabe	10	25.0%	12	6.0%
Total	40	100.0%	200	100%

Sobre la oferta de métodos de planificación familiar las mujeres entrevistadas conocen en un 93.0% que se ofertan en las unidades de salud, no así en los hospitales, donde solamente el 52.5% refieren que si conocen que se ofertan y un 25.0% no sabe de la oferta de este servicio, el desconocimiento de las mujeres sobre este servicio puede ser un factor que se relacione con la demanda del servicio, ya que según FESAL 2003, existe una cobertura de este programa de un 47%, el cual es bajo en relación al total de mujeres en edad reproductiva y con vida sexual activa.

Grafico 1
Frecuencia porcentual de mujeres que conocen de la oferta de diferentes métodos de PF en segundo y tercer nivel de atención

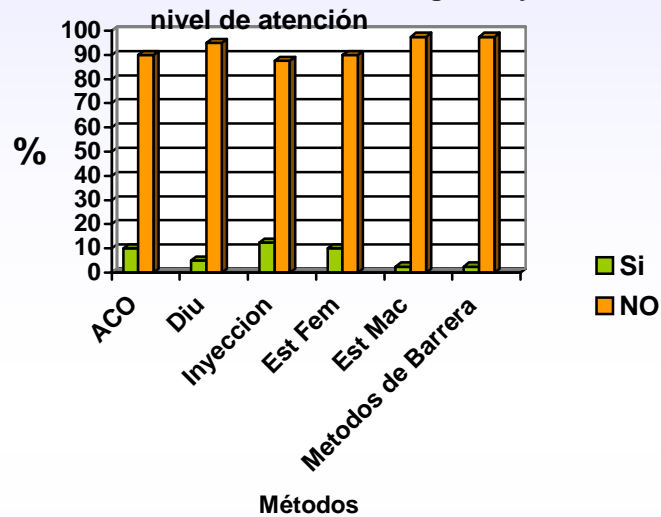
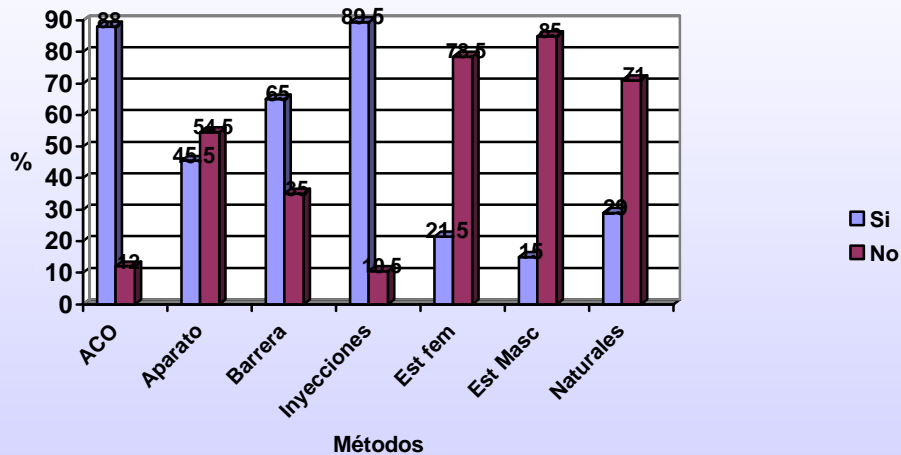


Grafico 2
Frecuencia porcentual de mujeres que conocen de la oferta de diferentes métodos de PF en el primer nivel de atención



El uso de los métodos de planificación familiar es un derecho de toda pareja para espaciar los nacimientos de sus hijos, su uso adecuado depende de los niveles de información que se tenga de ellos, las entrevistadas a nivel de hospitales en su mayoría desconocen si estos niveles de atención ofertan métodos de PF (Graf.1) a pesar de que en el segundo nivel se tienen programas de esta índole y además estos ofrecen la esterilización principalmente de la mujer, no así la masculina, dando la mayor responsabilidad reproductiva a la mujer, ya que socio culturalmente es a la mujer a quien se le asigna la carga de la reproducción, entonces los servicios de salud ofertan mas a las mujeres los métodos quirúrgicos; en los establecimientos del primer nivel de atención los métodos que conocen las mujeres que se ofertan son en orden de porcentajes las inyecciones, los anticonceptivos orales, los métodos de barrera y el Dispositivo intrauterino, los menos conocidos que se ofertan son esterilización masculina, femenina y naturales.(ver graf. 2), estos datos son consistentes con los publicados por FESAL 2003 donde los métodos que mas se usan son los anticonceptivos orales, inyectables y métodos de barrera, cuya explicación esta en que son los que mas se conocen que dan los establecimientos de salud, quedándose en los métodos de PF que tradicionalmente se han ofertado a través del tiempo.

Cuadro N° 7

Frecuencia porcentual de mujeres que usan Métodos de Planificación Familiar en los tres niveles de atención.

Usa Planificación familiar	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	13	32.5 %	83	41.5
No	26	65.0%	107	53.5
NR	1	2.5 %	10	5
Total	40	100.0%	200	100.0

Para el área de hospitales, el 65,0% de mujeres entrevistadas no usan ningún método de Planificación Familiar, en los últimos doce meses, el 35.5% si usan algún método, y el 2.5% no responde, en cambio las usuarias entrevistadas del primer nivel de atención solamente usa métodos el 35% de las mujeres, es de tomar en cuenta que un grupo de mujeres no usa actualmente métodos por estar embarazadas.

Cuadro N° 8

Frecuencia porcentual de mujeres que conocen de la oferta de anticoncepción de emergencia en los tres niveles de atención.

Anticoncepción de Emergencia	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	5	12.5%	47	23.5%
No	14	35.0%	46	23.0%
No sabe	21	52.5%	107	53.5%
Total	40	100.0%	200	100%

Sobre el conocimiento de Anticoncepción de Emergencia, para hospitales las respuestas fueron: el 52.5% de mujeres, no sabe si los hospitales ofrecen la anticoncepción de emergencia, el 35.0% dice que no se la ofrecen y el 12.5% que si se las ofrecen; para el primer nivel, el 53.5% de mujeres no saben si en estos establecimientos se ofrece la anticoncepción de emergencia (AE), el 23.% refieren no se los ofrecen mientras que el 23% que si se los ofrecen, los datos han demostrado que a pesar de que en las normas de planificación familiar del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, esta contemplada la AE como una opción que las mujeres deben conocer y solicitar en los establecimientos de salud para disminuir los embarazos no planificados o no deseados, en los establecimientos de salud los prestadores de servicios no lo ofrecen arriesgándolas a tener hijos producto de violaciones lo que va en deterioro de la calidad de vida de las mujeres, ya que según resultados de las encuestas solo el 4.5% a usado AE. Es importante mencionar que del porcentaje de mujeres que dijeron no conocer la AE. Muchas expresaron que si lo hubieran conocido oportunamente, lo hubieran utilizado.

Cuadro 9

Frecuencia porcentual de mujeres que han necesitado Anticoncepción de Emergencia en los tres niveles de atención.

Ha necesitado anticoncepción de emergencia	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	0	0	17	8.5%
No	40	100.0%	183	91.5 %
Total	40	100.0%	200	100

Del total de mujeres encuestadas en Hospitales y Unidades de Salud, un 8.5% del primer nivel de atención manifestaron haberla necesitado en algún momento, el resto de mujeres refieren que no lo han necesitado, esta respuesta posiblemente tiene que ver con el desconocimiento

que se tiene de la anticoncepción de emergencia y por lo tanto si no están informadas de su utilidad no pueden solicitarla, ya que según expresan solamente 2 de 17 mujeres que la han necesitado se las han proporcionado en las unidades de salud, el resto la han adquirido por sus propios medios.

Cuadro 10

Distribución Porcentual de mujeres que opinan sobre la oferta de exámenes de laboratorio en los tres niveles de atención.

Exámenes de Laboratorio	Fr. Hospitales	%	Fr. Unidades de Salud	%
Si	25	62.5%	172	86.0%
No	1	2.5%	22	11.0%
No sabe	4	10.0%	6	3.0%
NR	10	25.0		
Total	30	100.0%	200	100%

En el segundo y tercer nivel de atención el 62.5% de mujeres expreso que si les ofertan exámenes, un 10.0% no sabe si los ofertan y hay un 25% que no responde; para el primer nivel, el 86% refirió que si se les ofrece, el 11.0% que no se les ofrecen, y solo un 3.0% no saben si estos servicios son ofrecidos por las Unidades de Salud, aun existen unidades de Salud como la de Santiago Texacuangos que no tiene servicio de laboratorio y las usuarias son remitidas a otros establecimientos de salud de la zona, lo cual aumenta los costos para las usuarias; de las mujeres entrevistadas solo el 63% conoce de la existencia de servicios de laboratorio en las unidades de salud, el 36% están desinformadas sobre este servicio.

Cuadro 11

Distribución porcentual de mujeres que conocen sobre la oferta de servicios para la atención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA en los tres niveles de atención

ITS/VIH/SIDA	Fr Hospitales	%	Fr Unidades De Salud	%
Si	25	62.5%	109	54.5%
NO	2	5.0%	15	7.5%
No sabe	13	32.5%	76	38.0%
Total	40	100.0%	200	100%

Lo datos a nivel nacional sobre el VIH/SIDA según FESAL 2003, señala que la mortalidad por SIDA constituye la décima causa de muerte intra hospitalaria y es la segunda causa de muerte en mujeres y hombres en el grupo atareo de 20 a 59 años; el resto de infecciones como la sífilis, gonorrea y tricomoniasis vaginal a aumentado; a pesar de estas cifras alarmantes las mujeres refieren un alto porcentaje(32.5% en hospitales y 38.0% en Unidades de Salud) no saber de la oferta de servicios de salud para usuarias que padecen infecciones de esta índole, aunque mas de la mitad de ambos grupos conoce de la existencia de los mismos, por lo tanto las que están informadas pueden aplicar oportunamente las medidas de prevención y acudir a los establecimientos de salud tempranamente.

Cuadro 12

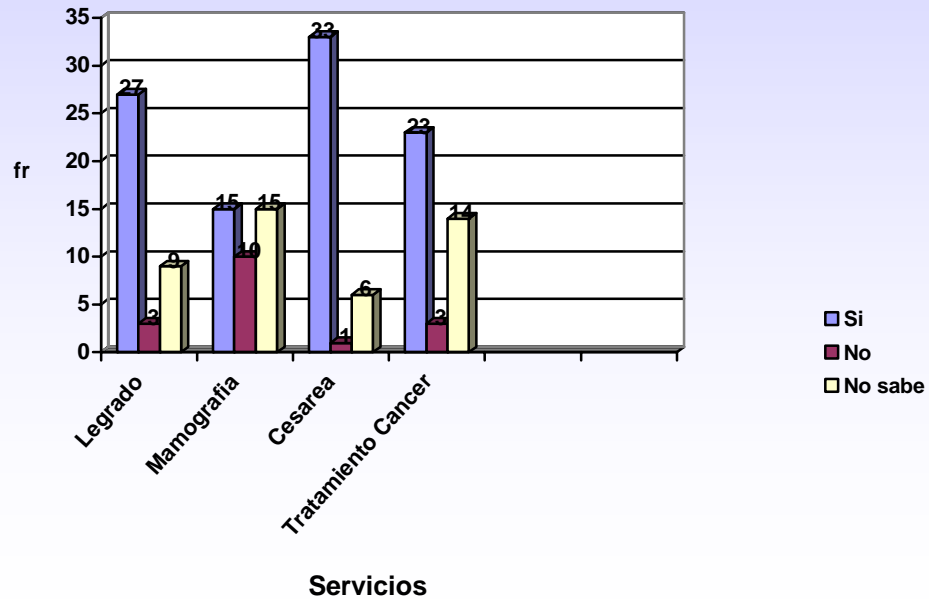
Distribución porcentual de mujeres que conocen de la oferta de toma de citología en unidades de salud y hospitales.

Oferta de servicios de citología	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	24	60.0%	191	95.5%
No	4	10.0%	2	1.0%
No sabe	3	7.5%	7	3.5%
NR	9	22.5 %		
Total	31	100.0%	200	100%

Según datos de OPS 2004, la incidencia de cáncer cérvico-uterino para el 2000 fue de 40.56 por 100.000 nacidos vivos, y la mortalidad de 15.75 por 100.00 mil habitantes, ocupando el primer lugar a nivel de la región Centroamericana, siendo uno de los factores el acceso limitado a servicios de diagnóstico y tratamiento de lesiones invasivas, según resultados de esta investigación la mayoría de mujeres conoce de la oferta de la toma de citología en los servicios de salud, factor que favorece su uso oportuno, contribuyendo a un diagnóstico y tratamiento oportuno, pero a pesar de la magnitud del problema aun existen mujeres que desconocen que los servicios de salud ofertan la toma de citología y por lo tanto corren el riesgo de no tomársela y no hacerles un diagnóstico temprano de cualquier lesión Cérvico uterina.

Grafico 3

Frecuencia de mujeres que conocen de la oferta de servicios de atención a la mujer en hospitales del segundo y tercer nivel de atención



Según resultados las mujeres encuestadas a nivel de hospitales conocen de la oferta de servicios, principalmente de cesáreas, legrados, tratamiento del cáncer y mamografías, los primeros tres se ofertan en hospitales del segundo y tercer nivel y las mamografías solo en este ultimo, el servicio de mamografía debería conocerse mas para que las mujeres hagan uso de el, y poder detectar tempranamente alteraciones neoplásicas de las mamas.

Cuadro 13

Distribución porcentual de mujeres que conocen de la oferta de servicios de atención integral por aborto* en los tres niveles de atención.

Atención integral aborto	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	23	37.5%	78	39.0%
No	3	7.5%	16	8.0%
No sabe	14	35.0 %	106	53.0%
Total	40	100.00	200	100%

*Atención integral: Entendida como la atención en salud en la prevención, tratamiento y atención post aborto.

Según resultados del estudio de “evaluación de la disponibilidad y uso de servicios obstétricos de emergencia en El Salvador” realizado en el 2003 se plantea que una de las principales

causas de morbi mortalidad materna son las complicaciones relacionadas con el aborto, a pesar de ello nuestro país penaliza todos los tipos de aborto incluyendo el terapéutico, los servicios de salud dan poca o nula información sobre la atención del aborto, según resultados de las entrevistas se encontró que en la muestra de hospitales solo el 37.5% conoce este servicio que se da en estas instituciones de salud, en cambio en la muestra de unidades de salud solamente el 39% lo conoce, por lo tanto existe un desconocimiento de que la atención por aborto puede ser solicitada en cualquiera de los niveles, esto es un indicador de desinformación que afecta el uso de los servicios de salud oportunamente y las mujeres buscan atención tardíamente. La penalización del aborto en nuestro país probablemente sea una de las causas que han aumentado las tasas de mortalidad materna ya que el subregistro hospitalario de estas muertes se sigue dando por temor de los profesionales de la salud a verse involucrados en estos procesos.

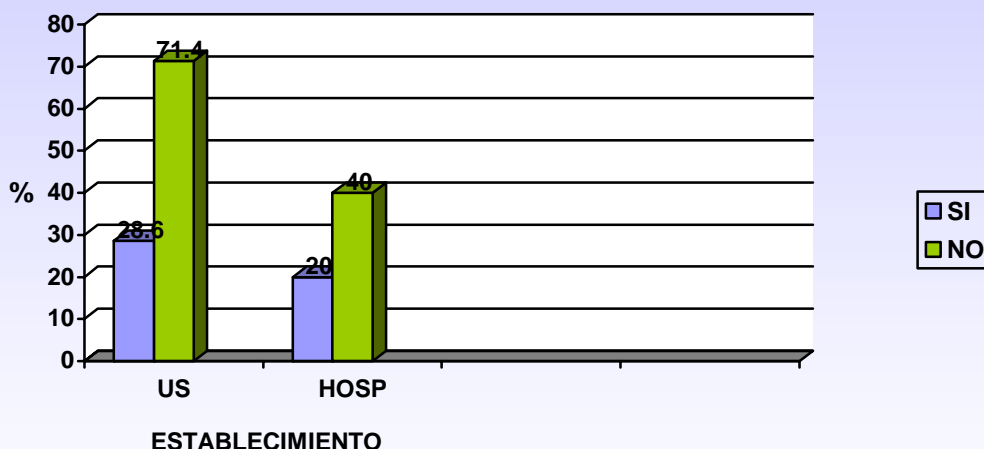
Cuadro 14

Distribución porcentual de mujeres que tienen conocimiento sobre mujeres que han consultado por aborto en los tres niveles de atención.

Conocimiento de mujeres que han consultado aborto	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	5	12.5%	34	17.0%
No	82.5	82.5%	166	83.0%
No sabe	2	5.0 %	0	0.0%
Total	40	100.00	200	100.0%

Las mujeres encuestadas en un alto porcentaje no tienen conocimiento de alguna mujer que haya consultado por aborto, en el caso de Unidades de Salud un 17% refiere conocer de mujeres que han consultado por aborto, refiriendo que la atención prestada en los servicios hospitalarios no ha sido buena, ya que refieren que no les han dado privacidad, “el personal medico y de enfermería me han tratado mal, decía una usuaria”; refiriendo “somos las ultimas en atendernos y arreglarnos la cama”, en cambio en las Unidades de salud refieren que las atendieron a la mayoría bien y que fueron remitidas al hospital para la atención y que las “regañaban” y les decían que “para que lo habían hecho”, esta forma de atención a la usuaria puede dar como resultado la no consulta por aborto y aumentar las consultas cuando ya las mujeres están complicadas y con ello aumentar la tasa de mortalidad materna, que para el año 2003 es de 170 por 100.000 nacidos vivos.

Grafico 4
FRECUENCIA PORCENTUAL DE MUJERES QUE OPINAN SOBRE LA
CONFIANZA DE ASISTIR A HOSPITALES POR ABORTO



Al preguntar a las mujeres su opinión de si al necesitar atención por aborto tienen confianza de solicitar asistencia en los servicios de salud, la gran mayoría respondió no tienen confianza de asistir a solicitar atención por aborto, tanto en el primero como en el segundo nivel, (Graf 4) mencionaron como razones para no asistir, “ Temor a ser denunciada, porque dicen que aunque no sea provocado, los doctores interrogan mucho”; otras manifestaron que porque “las regañan”, “las maltratan, las dejan de “ultimo para arreglarles las camas”, algunas conocen mujeres que no consultaron “por temor a sus familias”, todas estas situaciones expresadas por las mujeres intervienen en su toma de decisión de consultar, aumentando las posibilidades de complicaciones y muerte.

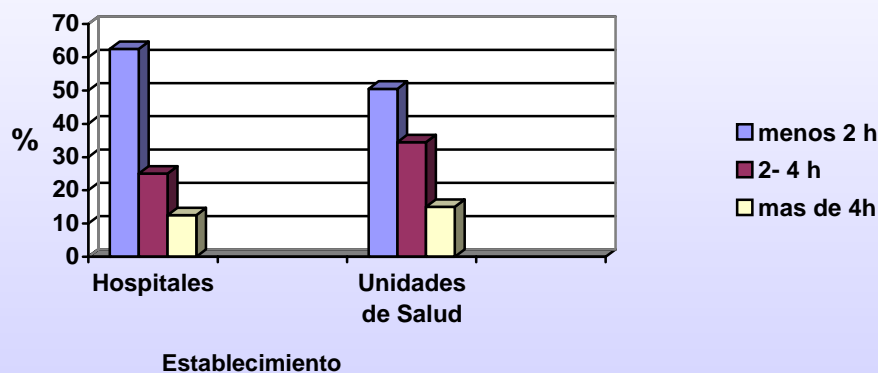
Cuadro 15

Distribución porcentual de mujeres que conocen de la oferta de servicios en atención de mujeres con violencia domestica en unidades de salud.

Ofrece atención violencia domestica	Fr Hospitales	%
NO	17	8.5%
NO SABE	121	60.5%
SI	62	31.0%
Total	200	100.0%

Según OPS 2004, la violencia es un acto por el cual una o mas personas produce daños físico, mental, sexual o psicológico a otro. Cualquier tipo de violencia puede impedir la libertad de movimiento o causar la muerte a otras personas, o a sí mismas, con un fin o propósito, claramente predeterminado o no; según datos de la misma fuente¹² la morbilidad reportada para el 2003 por causas externas están, el maltrato de todo tipo por familiares y no familiares, las violaciones por familiares y no familiares están ubicados en quinto, sexto, séptimo y octavo lugar respectivamente, constituyéndose en un problema grave de salud publica que debe ser un programa prioritario en el primer nivel de atención, a pesar de ello, las usuarias entrevistadas manifiestan en su mayoría desconocer de la oferta del mismo y por lo tanto existe desinformación que lleva a la no consulta por esta causa, o a la no aplicación de medidas de salud publica para su prevención.(Tabla 13), es importante mencionar que de 62 mujeres que refirieron conocer de esta prestación de servicios, solo 2 mujeres lo han utilizado en los doce meses últimos, lo cual podría interpretarse que hay muy poca violencia domestica en este grupo de mujeres o aunque la sufran no es reconocida como tal, ya que por la construcción sociocultural que la mujer Salvadoreña tiene y los estereotipos de genero, se le dificulta identificar la violencia sicológica y sexual, identificando con mas facilidad la violencia física; es importante mencionar que el 80% de las mujeres que han consultado por violencia refieren que siempre hay personal disponible para atenderlas y que han sido bien atendidas.

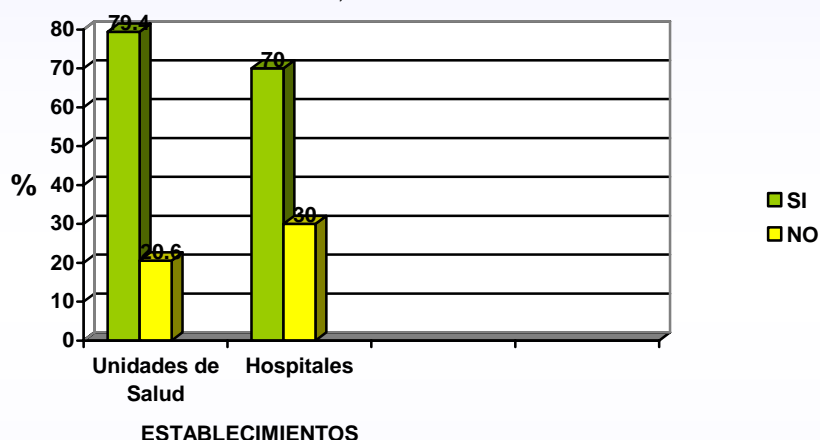
Grafico 5
Frecuencia porcentual del tiempo que se tardan las mujeres en recibir la atencion
en salud sexual reproductiva, en establecimientos del MSPAS



¹² OPS, Salud Para un Futuro. Propuesta Técnica para El Salvador, periodo 2004-2009. El Salvador, septiembre 2004.

El tiempo en que una persona se tarda para recibir atención en salud es un indicador de oportunidad de la atención en salud y por lo tanto de calidad, en los resultados de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, en el primer nivel de atención las mujeres esperan para ser atendidas en su mayoría dos horas, continuando un buen porcentaje que espera de dos a cuatro horas, al igual en los hospitales se encontró que el mayor porcentaje espera dos horas para ser atendidas, muchas mujeres principalmente las del área rural refirieron que invierten *“todo el día para asistir a los servicios de salud”*, lo cual les genera una serie de costos intangibles en su hogar o trabajo, por lo tanto afirman que los servicios en su mayoría no son oportunos y deberían buscarse mecanismos que disminuyan este tiempo de espera.

Grafico 6
 FRECUENCIA PORCENTUAL DE LA SATISFACCION DE LAS MUJERES SOBRE ATENCION RECIBIDA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA, EN UNIDADES DE SALUD Y HOSPITALES.



La satisfacción de las usuarias es la percepción que se tiene de la atención recibida tanto en lo técnico como en lo humano, la satisfacción entonces mide indirectamente desde el punto de vista de las usuarias la calidad, según resultados de la investigación mas de la mitad de las usuarias expresan satisfacción por la atención recibida en los programas de salud sexual y reproductiva de los servicios de salud del departamento de San Salvador (70% en hospitales y 79.4% en Unidades de Salud, ver graf 6), al realizar el análisis por SIBASI se encontró que las mujeres están mas satisfechas las que consultan en las unidades de salud del SIBASI Centro (ver Graf 8), en cuanto a la satisfacción por la atención recibida en los Hospitales, se encontró que las mujeres mas satisfechas son las que han recibido atención en el Hospital de Zacamil.(Graf. 7); En cuanto a la calificación dada por las mujeres entrevistadas a la atención en salud sexual recibida en los tres hospitales del segundo nivel y el hospital de maternidad (ver graf 9) se encontró que la califican como buena, ya que en su mayoría siempre son atendidas y además dicen que es *“una necesidad de salud que tienen”* y no lo perciben como un

derecho que tienen como Salvadoreñas, es importante mencionar que la satisfacción es una apreciación subjetiva acerca del servicio recibido y tiene que ver con la forma en que es atendida, mas que con la calidad técnica y humana del servicio ofertado. Ante esta realidad las mujeres por desconocer que la salud es un derecho que debe ser cumplido por el estado, con solo el hecho de ser vista por un/a medica/o y entregarle sus recetas, consideran que le ha sido satisfecha su necesidad de salud.

Graf. 7
Frecuencia porcentual de mujeres que expresan satisfaccion por la atencion recibida en servicios de salud sexual reproductiva en hospitales del departamento de San Salvador.

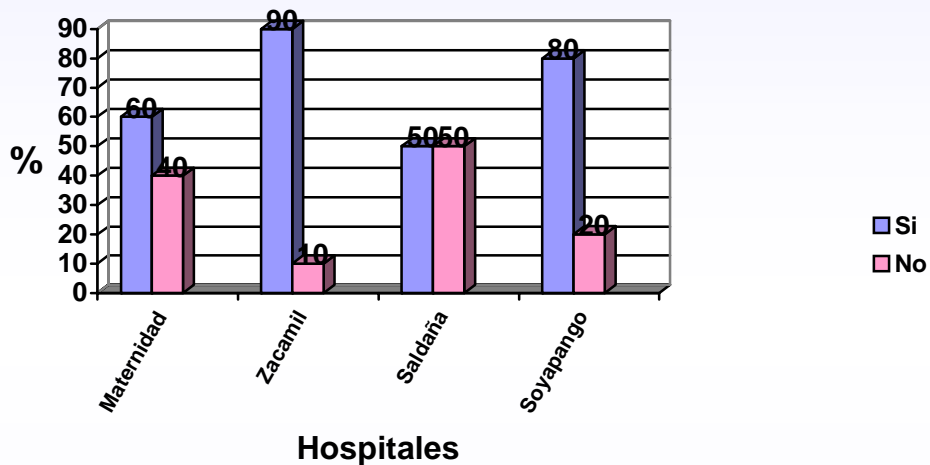
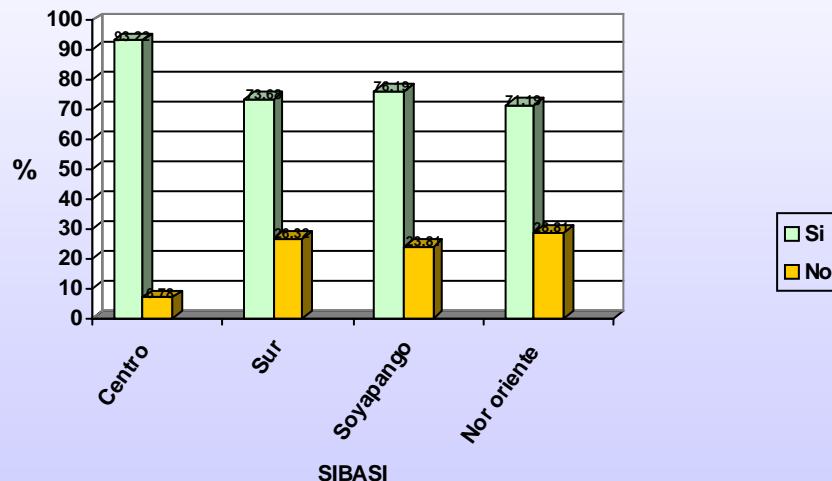


Grafico 8
Porcentaje de mujeres satisfechas con la atencion en servicios de SSR en primer nivel de atencion, por SIBASI



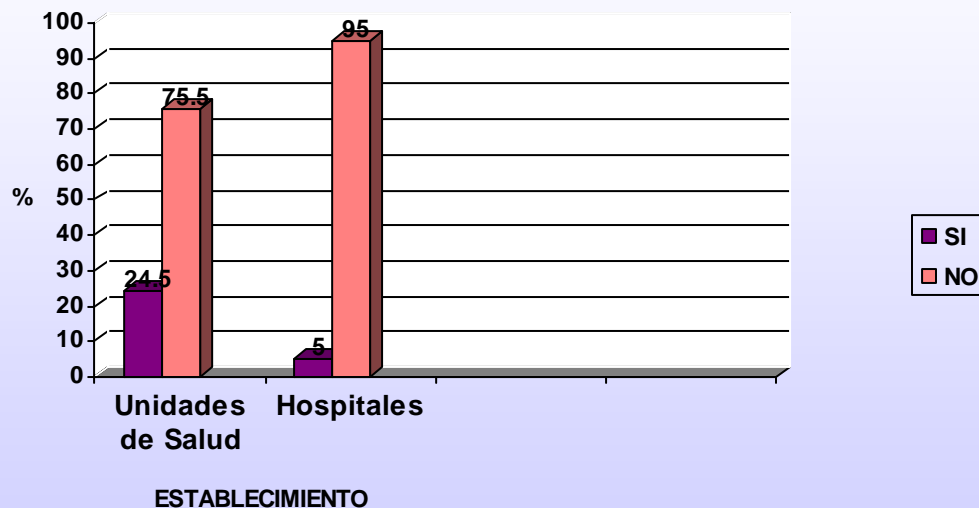
B. CUMPLIMIENTO DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ATENCION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE RECIBEN LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El enfoque en salud sexual y reproductiva basada en derechos, fue adoptado en la conferencia Internacional sobre Desarrollo y Población (CIDP 1994), y debe ser incluida en las políticas del estado, reconociendo a las personas como sujetos políticos, lo que implica que el estado debe respetar, cumplir y hacer que se respeten estos derechos, a través de su políticas y programas de estado dirigidos a la salud sexual reproductiva y salud en general.

Los derechos sexuales y reproductivos son inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos fundamentales, así los derechos de las mujeres y niñas fueron reafirmados en la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) y su participación en igualdad de condiciones en "Todas las esferas de la sociedad"; en ese sentido para cada derecho el estado tiene niveles de obligación, de respetarlo, protegerlo, cumplirlo y garantizarlo; otro punto importante es el derecho que tienen las parejas a la prestación de servicios en materia de salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, por lo anterior los servicios de salud de los diferentes niveles de atención en salud deben ofertar y brindar servicios sexuales reproductivos de calidad.

A continuación se presentan los resultados de la investigación en la variable del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, en el departamento de San Salvador

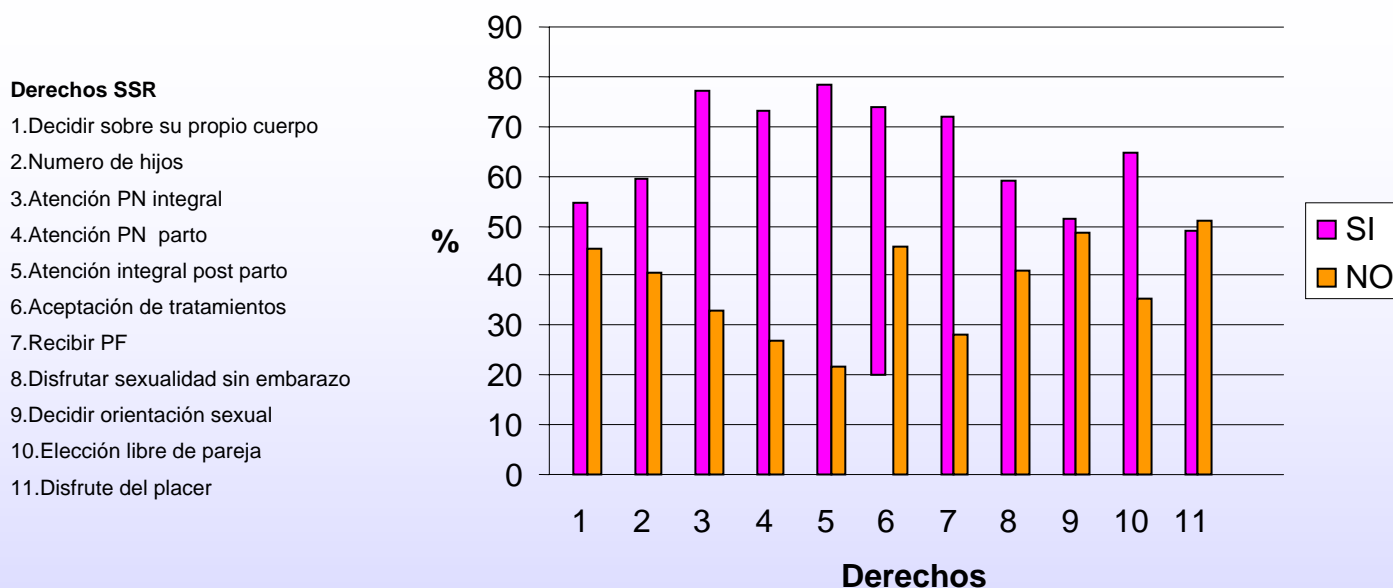
Grafico 10
FRECUENCIA PORCENTUAL DE MUJERES QUE CONOCEN SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



El conocimiento que se tenga de un derecho, garantiza en gran medida su exigencia, por lo tanto es importante que cada mujer conozca cuales son sus derechos que le deben ser cumplidos al recibir atención en salud sexual y reproductiva, según resultados la gran mayoría(95% en hospitales y 75.5% en unidades de salud), desconoce que tiene derechos, por lo tanto ven la asistencia a su salud como una necesidad que ellas deben buscar y satisfacer por cualquier medio y no como un derecho que debe cumplirse y garantizarle el estado, ante esta situación de desconocimiento en la ultima década las organizaciones de mujeres se ha pronunciado ante el no cumplimiento de estos derechos por parte del estado, tomando como estrategias la divulgación de estos, a través de diferentes medios de comunicación, como foros, conversatorios, panfletos, revistas y otros.

Los datos demuestran que existe un elevado desconocimiento de los derechos, sin embargo las mujeres califican la atención en salud sexual reproductiva como excelente y buena, opinión que es contradictoria en relación al desconocimiento que tienen acerca de sus derechos.

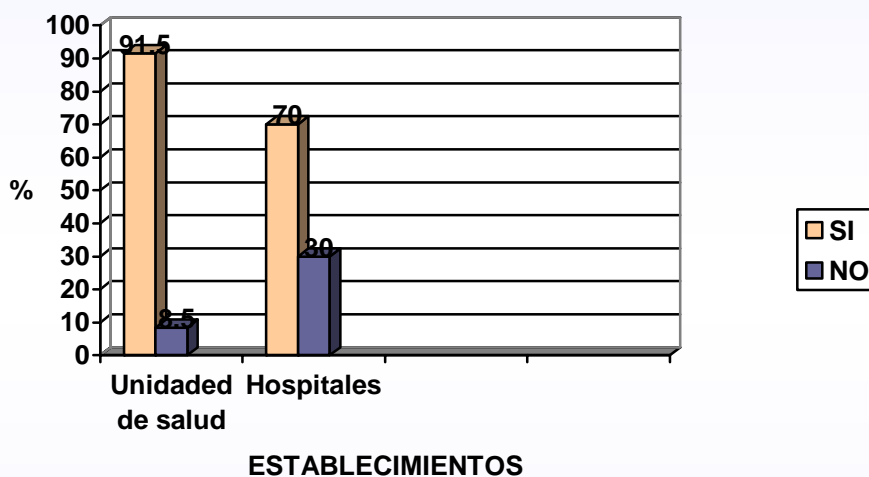
Graf 11
Frecuencia de mujeres que opinan sobre los derechos SSR que conocen, en Unidades de Salud



Los resultados demuestran que las mujeres que han consultado en las unidades de salud, conocen mas sus derechos reproductivos, como son la atención post parto, prenatal, la planificación familiar, y en menos porcentaje expresaron conocer sus derechos sexuales

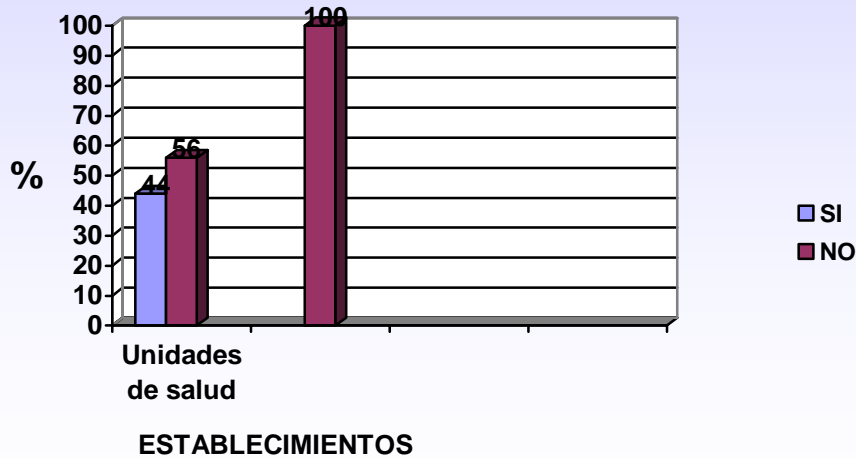
como son el de disfrutar del placer, decidir sobre su cuerpo y elegir libremente su pareja, lo anterior confirma el nivel de desinformación con que viven su sexualidad y su reproducción las mujeres participantes en el estudio, de igual forma el desconocimiento al derecho de disfrutar del placer, del erotismo en su sexualidad, son dimensiones casi desconocidas por estas mujeres situación que les limita el goce pleno de su sexualidad, reflejando una vez mas la negación al goce de su sexualidad como resultado de una construcción social dominada entre otros factores por la religión y la cultura.

Grafico 12
FRECUENCIA PORCENTUAL DE MUJERES QUE OPINAN QUE
LES RESPETAN SUS DERECHOS AL RECIBIR ATENCION



El estado tiene niveles de compromiso con los derechos, uno de ellos es respetarlos a través de los prestadores de servicios en cada una de sus instituciones, según las mujeres entrevistadas la mayoría refiere que al recibir atención en salud sexual reproductiva si les respetan sus derechos, las razones que expresan es que actúan con profesionalismo, les brindan privacidad, seguridad y confianza, las atienden en un lugar privado estando solo la enfermera o medica y ella, se sienten respetadas si las atiende una mujer, Se encontró que algunas mujeres refieren que se han sentido acosadas e irrespetadas al recibir su atención en salud, mencionando principalmente que existen médicos *que “las tocan mas de los necesario”; “las ven demasiado cuando se quitan la ropa, se burlan de ellas cuando sugieren un diagnostico, y hasta hay algunos que piden besos”*, situación que refleja el irrespeto y violación a los derechos en forma sistemática a la que se ven expuestas las mujeres ante algunos profesionales de salud.

Grafico 13
FRECUENCIA PORCENTUAL DE MUJERES QUE LES HAN
HABLADO DE SUS DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD



Uno de los derechos de las mujeres es el derecho a la información científica, oportuna y actualizada, en este sentido los resultados de las entrevistas demuestran que en el primer nivel de atención mas del 50% de las mujeres respondieron que en los establecimientos de salud donde ellas consultan no se les cumple este derecho a la información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, el 44% restante respondió que si se les cumple; diferencia de las usuarias de los hospitales el 100% respondió que no se les cumple este derecho.

Cuadro 16

Distribución porcentual de mujeres que refieren que al consultar ella o alguna conocida por algún tipo de violencia le han respetado su individualidad y privacidad al recibir atención

Respetado su individualidad y privacidad al recibir este tipo atención	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	25	65.8%	11	64.7%
No	13	34.2%	6	35.3%
Total	38	100.0%	17	100%

En el segundo y tercer nivel de atención, un 65.8% de mujeres dijeron que si se les ha respetado este derecho, un 34.2% considera que no se le ha respetado sin explicar porque, y para la muestra de unidades de salud, el 64.7% considera que si le han respetado este derecho, y un 35.3% dijo que no. El irrespeto en unidades de salud fue manifestado por las

mujeres expresando que en algunas unidades de salud existen médicos “abusivos” que las tocan demás y con malicia, y les piden besos”, situación que en el caso de una mujer que consulta por violencia, la lleva a una revictimización, agudizando su condición de salud y le acrecienta una situación de desventaja de sentirse indefensa ante la violencia.

Cuadro 17

Distribución porcentual de mujeres que opinan que les informaron lo suficiente sobre sus Derechos Sexuales y Reproductivos en los tres niveles de atención.

Informaron lo suficiente	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	3	10.0%	70	75.3%
No	27	90.0%	23	24.7%
Total	30	100.0%	93	100%

Sobre el derecho a la información de los derechos sexuales y reproductivos, en el área comunitaria 93 mujeres refieren que han recibido información, de estas el 75.3% dice que si se sienten suficientemente informadas, un 24.7% dijo que no. Para el área de hospitales, de 30 mujeres que dicen haberla recibido, el 90.0% de estas manifestaron no sentirse bien informadas, y el 10% dijo que si se sentían bien informadas. Es importante retomar el elevado porcentaje de mujeres que en el área hospitalaria dicen sentirse desinformadas ya que esto confirma de nuevo el no cumplimiento del derecho a la Información sobre Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres.

Cuadro 18

Distribución porcentual sobre la opinión de las mujeres acerca de la orientación recibida para exigir sus Derechos Sexuales y Reproductivos en los tres niveles.

Orientan como exigir derechos	Fr hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
No	40	100.0%	166	83.0%
Si	0	0.0 %	34	17.0%
Total	40	100.0%	200	100%

Un componente importante que se exploró en el estudio, fue la orientación recibida por las mujeres sobre como exigir sus derechos, ante esto en el área de hospitales se encontró que al 100% de mujeres nunca las han orientado sobre como exigir sus derechos, mientras que en Unidades de Salud, el 83.0% afirmó que nunca las han orientado al respecto, y solo el 17% de las mujeres encuestadas dijeron que si en alguna ocasión les han orientado al respecto; estos

resultados reflejan que este desconocimiento de las mujeres contribuye a que estas no demanden el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos ante ninguna instancia cuando estos son violentados.

Cuadro 19

Distribución porcentual de mujeres que opinan que han sido orientadas sobre los pasos legales para el cumplimiento de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

Orientan pasos legales	Fr. Hospitales	%	Fr. Unidades de Salud	%
Si	9	22.5%	34	17.0%
No	28	70.0%	165	82.5%
No sabe	3	7.5%	0	0
NR	0	0	1	0.5%
Total	40	100.0%	200	100%

En la medida que a la población femenina se le oriente sobre los pasos legales a seguir para exigir sus derechos sexuales y reproductivos, tendrán la capacidad y el conocimiento de ejercer y demandar sus derechos, según resultados en hospitales las mujeres dijeron en un 70.0% que nunca les han orientado, el 22.5% dijo que si las orientan, y el 7.5% dijo que no sabe sobre este tipo de orientación.

De las mujeres que han necesitado de acompañamiento en procesos legales para exigir sus derechos, según resultados el 50.0% de mujeres entrevistadas a nivel de hospitales, manifestaron que nadie les acompaña en sus proceso legales, el 37.5% no sabe si existe algún acompañamiento, y el 12.5% dijeron que si las acompañan en alguna ocasión; en nivel de unidades de salud de 31 mujer que ha necesitado de realizar estos procesos, el 87.1% dijeron que nunca las acompaña el personal de salud, y solo el 12.9% dijo que si las acompañan, esta situación de no acompañamiento no fortalece la seguridad y confianza de las mujeres de entrar en estos proceso legales, sintiéndose desprotegidas.

Cuadro 20

Distribución porcentual de mujeres que opinan sobre decidir libremente el método de PF. Que desean usar.

Usted decide libremente el método planificación familiar	Fr de hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	10	25.6%	70	75.3%
No	29	74.4 %	23	24.7%
Total	39	100.0%	93	100%

Sobre decidir libremente el método de PF. Las mujeres que utilizan actualmente algún método de planificación familiar respondieron en un 25.6% que si lo eligen libremente, el 74.4% de hospitales dijo que no es elección libre, en unidades de salud, el 75.3% dijo que si lo eligen libremente, y el 24.7% restante dijo que no. Esto del total de 93 mujeres que usan algún método de PF. En los últimos doce meses, y han tenido que elegirlo. El porcentaje de mujeres que respondieron que no eligieron libremente el método, esta vinculada con la desinformación que existe sobre este derecho de las mujeres.

Cuadro 21

Distribución porcentual de mujeres que opinan sobre explicación de ventajas de métodos de PF. En unidades de salud.

Explicaron ventajas métodos de planificación familiar	Frecuencia unidades de salud	%
Si	63	67.7%
No	30	32.25%
Total	93	100.0%

De las 94 mujeres que actualmente usan algún método de PF, el 67.70% respondió que si les explicaron ventajas de los métodos de Planificación Familiar, y el 32.25% afirma que no se las explicaron. Esta desinformación sobre las ventajas de los métodos puede ser una variable que interfiere en que las mujeres no acepten métodos de planificación familiar y se estén embarazando sin haberlo planificado.

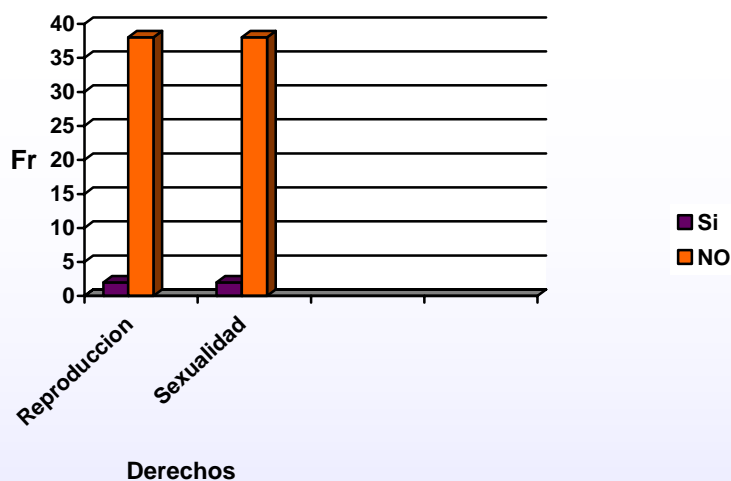
Cuadro 22

Distribución porcentual de mujeres que opinan que siempre les dan el método de PF en unidades de salud.

Siempre le dan el método de planificación familiar	Frecuencia unidades de salud	%
Si	71	84.5%
No	13	15.5%
Total	84	100.0%

En el primer nivel de atención las 84 mujeres que usan algún método de PF, dijeron que en un 84.5% siempre les proporcionan el método que están usando, y el 15.5% dijo que no siempre se los proporcionan, lo que implica que hay algunas ocasiones en que las mujeres tienen que comprar los anticonceptivos mas que todo los inyectables. Esto aumenta los costos en salud sexual y reproductiva de las mujeres, y a veces a correr el riesgo de quedar embarazadas por no poder comprar el método oportunamente.

Cuadro 14
Frecuencia de las mujeres que dicen recibir consejería en SSR en hospitales



Cuadro 23

Distribución porcentual de mujeres que desean más información sobre su sexualidad y reproducción en los tres niveles de atención.

Desearía mas información sobre su sexualidad y reproducción	Fr Hospitales	%	Fr Unidades de Salud	%
Si	33	84.6%	155	78.3%
No	6	15.4%	43	21.7%
Total	39	100.0%	198	100%

Para los niveles hospitalarios las mujeres dijeron en un 84.6% que si desearían mas información sobre su sexualidad y reproducción, y en unidades de salud el 78.3% manifestó la misma necesidad. Esto evidencia en alguna medida el desconocimiento que la población de mujeres tienen sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como la necesidad de que el personal de salud se involucre en el conocimiento, divulgación y aplicación de estos derechos en los tres niveles de atención de salud de las mujeres. Además se evidencia que los prestadores de servicios no están dando esta información a la población de mujeres que asisten a los establecimientos de salud.

En los tres niveles de atención explorados, la mayoría de mujeres coinciden en necesitar más información sobre los siguientes derechos:

1. Prevención de ITS/VIH/SIDA.
2. Atención integral del aborto.
3. Como responder ante la violencia domestica y sexual.
4. Como evitar embarazos no deseados.
5. Efectos de los métodos de PF.
6. Cambios en la menopausia
7. Que son los derechos sexuales y en que consisten.
8. Relaciones sexuales.

C. COSTOS QUE IMPLICA PARA LAS MUJERES LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

Según las cuentas nacionales en salud, para el 2000, el 51% del Gasto Nacional en Salud fueron aportados por el componente privado (Hogares y compañías de seguros), en el caso de los hogares financian el sistema a través del gasto directo del bolsillo, por lo tanto las familias se vuelven financiadores del 96% del total de ingresos del componente privado del sector.

Para el mismo año el gasto nacional en salud ascendió a los 9,208 millones de colones representando el 8% del Producto Interno Bruto significando en cada Salvadoreño/a \$168.00 dólares.

La misma fuente señala que la distribución de la inversión publica en salud, sigue priorizando el segundo y tercer nivel de atención, mientras que el primer nivel no sobrepasa el 34% de los gastos totales del Ministerio de Salud Publica, señalando que una de las razones de esta

distribución son las brechas existentes entre las necesidades de la población y los recursos disponibles.

El sector salud ha tenido un desfinanciamiento histórico y una distribución inequitativa entre los niveles de atención que ha privilegiado el nivel hospitalario y no el nivel de atención Primaria en Salud, por supuesto esta distribución tienen que ver con las prioridades de atención del sistema y su enfoque curativo; esta distribución afecta directamente a la población usuaria y en el caso de la salud sexual reproductiva afecta a las mujeres usuarias de estos servicios, ya que para tener acceso a servicios especializados deben cancelar altas cuotas que no van acorde a sus ingresos, ya que el salario mínimo para el 2004 era de \$157.00 dólares, que no alcanza para cubrir las necesidades básicas de las familias Salvadoreñas; en los servicios del primer nivel de atención por decreto legislativo no se cobran “cuotas voluntarias” por el uso de los servicios de salud, pero se han organizado en cada unidad de salud el comité de consulta social, que adquieren personería jurídica y una de sus funciones es la colecta de fondos para cubrir gastos de los establecimientos de salud como medicamentos, pago de personal y otros, que no son cubiertos por el presupuesto del estado, trasladando esta responsabilidad a la sociedad civil, una de las acciones que realizan los comités es la colecta diaria de cuotas voluntarias de las y los usuarios/as de los servicios de salud; en cambio en el segundo y tercer niveles de atención(hospitales) existen pago directo de las usuarias por servicios recibidos, tanto de diagnóstico, hospitalización como tratamiento, estas cuotas son asignadas por trabajo social, quienes fijan las cuotas a pagar por cada servicio, afectando directamente el gasto de las familias Salvadoreñas.

En cuanto a los costos institucionales específicos para la SSR no se han encontrado datos, sin embargo según las cuentas nacionales en salud 2000, reportan que la segunda unidad presupuestaria, es la de promoción y fomento de la salud, donde uno de sus rubros es el de atención a la persona, correspondiendo a todas las instituciones del primer nivel de atención, donde se ofertan los servicios de salud sexual reproductiva, lo que es congruente con los resultados obtenidos en el proceso de reforma quienes confirman que aun en el proceso actual de reforma no se ha considerado asignarle un presupuesto específico para esta área.

a. COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION (UNIDADES DE SALUD)

Al investigar los costos de los servicios de Salud Sexual Reproductiva que reciben las mujeres se encontró: que en los servicios recibidos en los establecimientos del primer nivel de atención

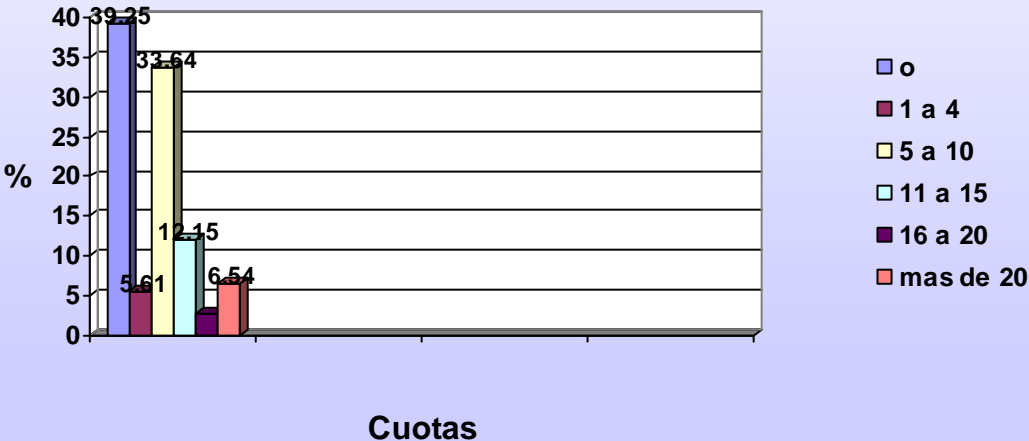
(Unidades de Salud), la mayoría de mujeres no pagan por los servicios recibidos, al desglosar por programas se encontró que de 118 mujeres que utilizan el programa de atención a la mujer embarazada en las unidades de salud, el 98.3% no han cancelado ningún costo, el 1.7% han pagado un dólar por el servicio recibido, de 48 mujeres que utilizan los servicios de las unidades de salud para la atención de embarazo en adolescentes, ninguna ha cancelado costos, de 66 mujeres que utilizan los servicios de atención post natal, el 4.3% ha cancelado \$1.00 por los servicios recibidos, situación que no esta de acuerdo con que las mujeres puedan acceder al cuidado de su salud como un derecho.

Además en cuanto a los servicios de planificación familiar se encontró que de 83 mujeres que han utilizado este servicio, el 4.7 han cancelado cuotas desde \$0.25 a \$1.00, el 95.3 no ha cancelado, a pesar de que el Ministerio de Salud refiere son “gratuitos”; 5 mujeres han utilizado anticoncepción de Emergencia y no han cancelado ningún costo; en cuanto a los costos del uso de servicios para el diagnostico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, se encontró que de 23 mujeres que han utilizado servicios para la atención por ITS, el 92.6% no han cancelado ningún costo, el 7.4 ha cancelado \$1.00.

En cuanto a exámenes de laboratorio 12 mujeres han utilizado este servicio, de estas el 88% no han cancelado ninguna cuota, el resto ha cancelado cuotas que van desde \$0.50 a \$4.00; la atención por violencia domestica ha sido utilizada por 2 mujeres, las cuales no han cancelado ningún costo, asimismo la atención por aborto ha sido utilizada por 2 mujeres, no cancelando ningún costo.

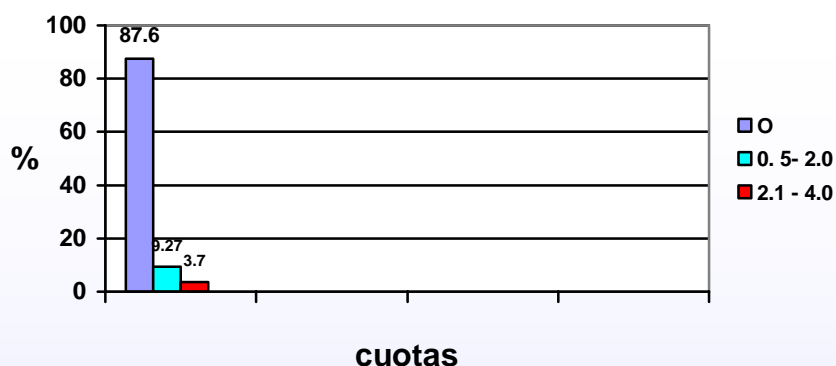
De 166 mujeres que les han indicado tratamiento por resultado positivo de citología, el 85.4% no han cancelado ningún costo, el resto ha cancelado cuotas que van desde \$0.12 a \$7.00, la mayoría ha cancelado un dólar.

Graf 15
Frecuencia porcentual de cuotas que han cancelado las mujeres en Unidades de Salud al asistir a sus referencia



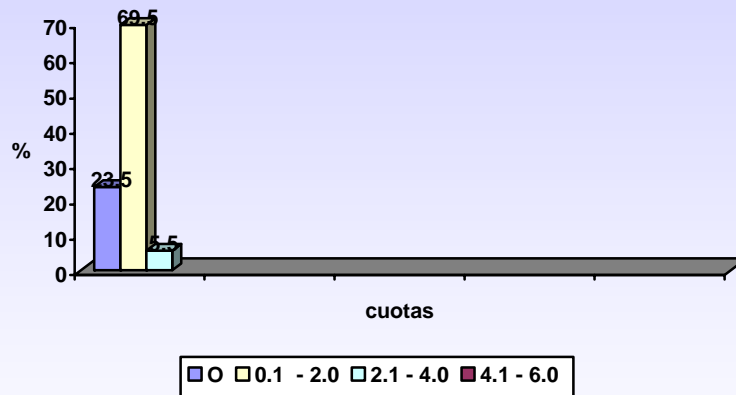
Del total de la muestra de mujeres que han consultado en Unidades de Salud de los cuatro SIBASI del departamento de San Salvador, el 56% le han dado alguna vez referencia para consultar a otro nivel de atención para realizarse pruebas diagnosticas, las cuotas que ha cancelado para obtener el servicio para el que ha sido referido va desde las que no han cancelado ninguna cuota hasta las que han cancelado mas de \$20.00 dólares; de las que han cancelado, la mayoría ha pagado de \$5.00 a \$10.00 dólares, estas referencias en su mayoría son mujeres embarazadas a quienes les envían ultrasonografias a clínicas de médicos privados, a pesar de existir hospitales de referencia del segundo nivel que oferta estas pruebas diagnosticas y que no debería tener costo para este grupo de mujeres, también es alarmante que se envíen a muchas mujeres a esta prueba diagnostica, ya que a veces es suficiente una buena clínica para hacer diagnostico y no hacer incurrir en mas gastos a las mujeres, que además de pagar por sus pruebas deben asumir costos de traslado hacia el lugar de diagnostico.

Graf 16
Frecuencia porcentual de cuotas canceladas en unidades de salud por servicios de laboratorio



La mayoría de mujeres no han cancelado cuotas por sus exámenes de laboratorio, solo 13 mujeres de 108 que han usado este servicio han cancelado cuotas que van desde \$0.50 a \$4.00 dólares.

Graf 17
Frecuencia porcentual de los gasto de las mujeres
cuando asisten a consulta a Unidades de Salud.



Cuando asisten a utilizar los servicios de salud, las mujeres asumen costos de pasajes, alimentación y algunas veces pago de servicio, así un 23.5 no gasta nada, ya que refieren se van caminando por vivir en áreas accesibles a las Unidades de Salud o por no tener dinero, especialmente las del área rural, que algunas refieren caminar hasta 2 horas, la mayoría (69.5 % gasta entre \$0.10 y \$2.00 dólares, estos costos dicen la mayoría que no les afecta en su economía familiar, que valoran mas su salud, aunque algunas dicen que muchas veces no cuentan con esta cantidad de dinero y deben prestar para acudir a los servicios.

b. COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN TERCER NIVEL DE ATENCION (HOSPITALES)

De las mujeres que han consultado y han sido ingresadas en los hospitales por atención de aborto, han pagado por los servicios de \$30.00 a \$35.00, las que han obtenido servicios por amenaza de parto prematuro de \$8.00 a \$15.00, las de parto por cesárea de \$23.00 a \$35.00, por parto normal \$12.00 y \$60.00; un bajo porcentaje de las mujeres refieren han sido exoneradas del pago, para lo cual han acudido a trabajo social y demostrar que no pueden cancelar los servicios recibidos.

De la muestra de estudio existe un grupo de mujeres que han estado ingresadas y recibido servicios ginecológicos entre ello colposcopías con un rango de costo de \$3.00 a \$10.00: bartolinitis \$40.00; extirpación de quistes de ovario de \$25.00 a \$35.00; histerectomía de \$50.00 a \$100.00; ingreso por sangramiento vaginal \$15.00.

En caso de pruebas diagnosticas como la ultrasonografía en este nivel tiene un costo de \$2.00 a \$12.00; además el 40% de las mujeres refieren que algunas veces no existe pruebas diagnosticas que les indican en los hospitales, principalmente las que consultan en el segundo nivel son referidas al tercer nivel o a clínicas privadas.

El 30% de las mujeres alguna vez han tenido que trasladarse a otra institución de salud, la mayoría lo hacen por si mismas, asumiendo costos para su traslado que van desde \$0.40 las que se han transportado en bus, hasta \$40.00 las que han usado medios privados.

Al indagar como hacen para cancelar estos costos, estos son asumidos por las familias cercanas como hermanos/as, padres o por compañeros de vida, en frecuencia de respuestas continúan las que prestan dinero para pagar y otro grupo acude al trabajo social a solicitar estudio socioeconómico y ser exoneradas, del 100% de mujeres entrevistas las exoneradas suman el 12%, el resto cancela cuotas según el detalle anterior, al preguntar que sucedería si no cancelan ninguna refiere saber que pasaría.

D. VISION DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SIBASI CENTRO

La información que se presentan fue recolectada con una muestra de quince médicos y licenciadas en enfermería del SIBASI Centro, el resto (3 SIBASI) no se contó con la opinión de los niveles gerenciales y operativos que no aprobaron realizar la investigación en los servicios que gerencian, por lo tanto no se encuestaron estos niveles, solo usuarias en la parte externa de los establecimientos de salud.

SERVICIOS DE SALUD SEXUAL REPRODUCUTIVA QUE OFRECEN A LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS TRES NIVELES DE ATENCION

Al explorar sobre los programas específicos que se les ofertan a las mujeres para atender su SSR de las mismas, se encontró que para la atención del embarazo, el 100% de profesionales entrevistados manifestaron que la institución que dirigen, si ofertan de forma permanente y gratuita esta prestación de servicios a todas las mujeres que lo solicitan, aclarando que en el primer nivel de atención este servicio no tiene costo alguno, aunque incluya exámenes de laboratorio y servicios odontológicos, esta información no corresponde con lo manifestado por algunas de las 200 mujeres entrevistadas en este nivel , ya que varias

expresaron que en algunas Unidades de Salud, se les pide \$1.00 dólares por tener atención odontológica, \$0.25 de dólar por reponer la tarjeta de citas en caso de que la olviden o se les extravíe, además algunas usuarias manifestaron que en ocasiones también hay una colaboración por hacerles el expediente clínico aunque no pudieron especificar el costo.

Para el segundo y tercer nivel de atención, este servicio se vuelve especializado ya que incluye pruebas diagnosticas y de laboratorio como Ultrasonografías, radiografías, citologías y otras, y en algunos casos ameritan ingreso hospitalario, estas situaciones dentro de la atención a las mujeres, si tienen un costo que va desde los \$3.0 dólares hasta \$10.0 dólares por una ultrasonografía, estos costos varían si la mujer tiene que ser hospitalizada en su periodo gestacional por alguna patología específica.

Dentro de otros servicios para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, y que son ofrecidos en los tres niveles, se encontró que para el segundo y tercer nivel se ofrece la atención de parto normal o por cesárea, atención del puerperio inmediato, Planificación Familiar que se ofrece en la consulta externa ginecológica de los hospitales, toma de citología, estos dos últimos servicios también se ofrecen en el primer nivel de atención.

Es importante mencionar que en el segundo y tercer nivel de atención los médicos manifestaron que al hacer una intervención quirúrgica, en este caso una cesárea; y se llama al medico de Estaff, los costos se incrementan para la mujer “ya que se calcula en base a la hora de salario del profesional que la llega a atender.” otro dato obtenido fue el costo de una histerectomía que es de \$68,57 dólares.

Dentro de otros programas ofertados a las mujeres se encontró: Prevención de embarazo en adolescentes, Atención integral del aborto, que en el caso del primer nivel manifestaron que su participación es brindarle una atención inmediata en caso de sangrado vaginal, y es referida de forma inmediata al segundo o tercer nivel dependiendo de la complejidad, y de la condición de salud de la mujer.

En los niveles hospitalarios la atención integral a las mujeres por aborto, si tiene costos tanto por la hospitalización como por el tratamiento en este caso el legrado. Los costos varían desde \$10.00 dólares hasta \$40.00 dependiendo del tipo de tratamiento que haya que administrarle.

Otros programas ofertados, y que son comunes para los tres niveles, son la atención integral en casos de violencia sexual y domestica, en algunos establecimientos del primer nivel mencionaron programa de atención para mujeres mayores, atención de VIH/SIDA, E ITS. Todos estos servicios son de carácter gratuito.

En las áreas hospitalarias también se ofertan servicios para mujeres con patologías específicas como los canceres de cérvix y de mama, estos servicios si tienen un costo tanto por la hospitalización como por la quimioterapia en un rango de \$35.00 a \$100.00, por cada sesión, y si un tratamiento seis ciclos, solamente este le tiene un costo de Aproximadamente \$600.00, situación que se agrava cuando la mujer o su familia no puede cancelar su tratamiento, en cambio la hospitalización para tratamiento de VIH/SIDA en caso de mujeres embarazadas, es totalmente gratuito ya sea ambulatorio o en hospitalización.

Al indagar sobre costos institucionales por los anteriores servicios, solamente el 3.3% de los gerentes entrevistados manifestaron conocer costos por estos servicios y van desde \$5.00 dólares hasta \$116.00 dólares, dependiendo de la complejidad, complicaciones, tiempo de estancia, entre otras variables.

Es relevante señalar en este componente que el 96.9% de profesionales que participaron en el estudio, dijeron no conocer sobre costos por servicios en su institución ya que es una información que no la manejan en ese nivel; en el primer nivel de atención, una gerente manifestó que desde hace dos años ya no les dejan conocer esa información.

Al indagar sobre la existencia de criterios para establecer la tabla de cuotas voluntarias que se trasladan a las mujeres al recibir un servicio de SSR Los profesionales manifestaron que si hay criterios pero no los saben mencionar, y que es la trabajadora social de cada institución la responsable de manejarlos y de decidir a través de estudios socioeconómicos el establecimiento de dichas cuotas; cabe aclarar que en esta variable hubo mucho énfasis por parte del personal de salud en relación a hacer notar que las mujeres que no pueden dar cuotas voluntarias, son exoneradas en su totalidad.

Al revisar el componente de concesión de servicios a otros proveedores por parte del MSPAS se encontró que el 86.6% de la muestra, refirió que no se han concesionado servicios a otros proveedores, mientras que el 13.4% dijo que si se han concesionado algunos pero sin saber especificar que tipo de servicios son los concesionados, ni si son servicios esenciales;

mencionando dentro de los proveedores a ONGs como Flor de Piedra y Médicos del mundo. En relación a costos que paga el MSPAS por los servicios concesionados, los y las entrevistadas no supieron responder, y de igual manera desconocen cuales son los costos por estos servicios, ni cual es la forma de pago que el MSPAS tiene con estas organizaciones.

Al analizar las formas de financiamiento que las instituciones de salud tienen para ofertar servicios a las mujeres, se encontró que el 80% de los profesionales entrevistados dijeron que los fondos provienen del GOES, y de donaciones pequeñas; el 20% restante dijo no conocer de donde provienen los fondos para prestar servicios a la población.

El 33.3% de los entrevistados dijeron que la recuperación de costos a través de cuotas de las usuarias es otra fuente de financiamiento en sus instituciones, y un 13.3% dijo que la venta de servicios a instituciones como Bienestar Magisterial, PNC, INDES entre otras, son también otra fuente de financiamiento para poder tener sostenibilidad y prestar servicios a las mujeres.

La forma de solucionar a las usuarias cuando el establecimiento de salud no cuenta con algún examen o medicamento que esta necesita, la mujer lo resuelve por sus propios medios en un 66.6% y 33.3% dijeron que son referidas a otro establecimiento donde puedan darle los servicios.

En relación al apoyo para las mujeres cuando tienen que ser trasladadas a otra institución de salud, el 80% respondió que lo más frecuente es que se coordina con Cruz Roja, Cruz Verde, PNC, si esto no es posible la mujer o los familiares tienen que buscar como solucionarlo de manera individual.

Sobre el tiempo de espera en las instituciones de salud se encontró que para el segundo y tercer nivel de atención el 40% respondió que el tiempo de espera es de una hora, el otro 40% respondió que la espera es de dos horas, y un 20% respondió que se les atiende lo más pronto posible sin especificar el tiempo de espera.

CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN SUS INSTITUCIONES DE SALUD

Del total de profesionales entrevistados, el 46.6% desconoce los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, señalando como de mucha trascendencia que de este porcentaje, el 99% son mujeres profesionales de la salud y solo el 1% son hombres, el

53.4% restante dijo si conocer sobre estos derechos mencionando algunos como el derecho a la Reproducción, a tener relaciones sexuales sin ser obligada, a no ser maltratada, derecho a decidir el numero de hijos, derecho a recibir información sobre ITS VIH/SIDA. Entre otros.

Al hablar sobre estrategias que las instituciones de salud tienen e implementan para dar cumplimiento a estos derechos, del 53.4% que dijo si conocer sobre estos derechos, solo el 26.6% menciona la consejería como una estrategia de atención, el porcentaje restante manifestó contar con grupos de apoyo, charlas educativas, clubes de adolescentes, y programas de educación sobre violencia familiar.

El 60% de participantes en el estudio dijeron que si existen programas de educación sexual para las usuarias en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, pero al explorar cuales son los componente que se abordan en esos programas, ningún profesional de los entrevistados respondió cuales son los componentes abordados, expresando que no los conocen. El 40% restante de participantes no conocen de la existencia de programas de atención en SRR.

Al continuar explorando sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos como oferta de atención integral para las mujeres que han sido violentadas física, psicológica o sexualmente, los resultados obtenidos fueron: en el primer nivel de atención de 200 mujeres solo 62(31%) conocen la oferta de servicios para la atención a mujeres por violencia domestica, el mayor porcentaje 60.5 % refiere no saber, de este total solo dos mujeres refieren haber consultado por esta causa, En cuanto a la violencia sexual el 30% conoce de la oferta de atención, el 62.5% no sabe, y ninguna a utilizado estos servicios,: las que han consultado solo en les han referencia, y asistencia clínica.

Según respuesta de los proveedores refieren que la oferta de atención integral para las mujeres que han sido violentadas física, psicológica o sexualmente, los resultados muestran que la atención consiste solo en darle referencia, continuando la asistencia clínica, otros que no se les da ninguna atención, lo anterior demuestra que desde la oferta de la atención a mujeres violentadas los servicios no tienen programas integrales para su atención, por lo tanto es congruente con el desconocimientos de esta oferta por parte de las mujeres.

Sobre la oferta y uso de Anticoncepción de emergencia (AE) como un derecho de las mujeres, la investigación demostró que el 66.6% de los entrevistados afirmaron que este servicio **NO**

les es ofertado a las mujeres en ninguno de los tres niveles de atención, mientras que el 33.3% dijo que si se les oferta en aquellos casos de violaciones sexuales, relaciones sexuales desprotegidas, y que este servicio queda a criterio del medico si lo indica y si lo proporciona a la mujer. Este dato se corresponde en alguna medida con el mínimo porcentaje de mujeres entrevistadas en el primer nivel de atención que respondieron que si se les oferta AE en casos de violaciones sexuales, además este servicio solo puede ser indicado y proporcionado por el medico, ningún otro miembro del personal de salud esta facultado para prescribirlo; es importante considerar que la AE esta contemplada en las normas vigentes de Planificación Familiar del MSPAS y que a pesar de ello sigue siendo un tratamiento que no se utiliza de manera abierta y con la información suficiente ya que muchos profesionales de la salud siguen pensándolo como un abortivo.

En relación a la atención que se ofrece a las mujeres cuando consultan por aborto de cualquier tipo, en el primer nivel de atención el 100% de los entrevistados manifestaron que la atención solo es medica, y de referencia para el segundo o tercer nivel de atención dependiendo de la complejidad de la mujer, además en este nivel los gerentes aclararon que el personal de salud no tiene ninguna acción de tipo legal, y que esta responsabilidad es asumida en el segundo y tercer nivel de atención.

En el segundo y tercer nivel de atención el 73.3% de entrevistados comentaron que el profesional responsable de atender a las mujeres por aborto inducido son los ginecólogos quienes además informan al personal administrativo en archivo para que estos den informe a la fiscalía.

El manejo medico que recibe la mujer al llegar a los hospitales es de acuerdo al tipo de aborto y a la condición de esta, generalmente en un aborto espontáneo el manejo es reposo absoluto, y posteriormente legrado, estos servicios si tienen costo, otro dato relevante encontrado es que en el primer nivel de atención no se cuenta con servicios Psicológicos para atender a mujeres por casos de aborto, de igual manera no se da esta atención en el segundo nivel, solamente en el tercer nivel de atención hay prestación de servicios psicológicos pero no es específico para mujeres que llegan por abortos.

En relación a la existencia de personal capacitado para dar servicios de consejería en Salud Sexual y Reproductiva, del 100% de entrevistados un 66.6% dijo que si se cuenta con personal capacitado para dar este servicio en los tres niveles de atención, y el 33.3% restante

refiere que no hay personal capacitado para asumir dicha responsabilidad, relacionado a los responsables de dar la consejería, el 66.6% es asumida por el personal de enfermería, el 20% por los médicos, el 0.66% por Psicólogos, y el porcentaje restante por trabajadoras sociales.

Al explorar si los prestadores de servicios consideran que al prestar atención se cumple con la aplicabilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, los resultados obtenidos fueron: que el 53.3% dice que si se cumple con la aplicabilidad de estos derechos pero aclaran que solo desde el punto de vista reproductivo y biológico, mientras que un 46.6% opina que no se cumple con esta aplicabilidad.

El conocimiento de los gerentes de los servicios sobre instrumentos legales nacionales e internacionales que garantizan la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres permitió identificar que el 53.3% no los conoce, y el 46.6% restante dice conocerlos pero al pedirles que mencionen algunos, ninguno supo responder sobre estos instrumentos. Esta condición de desconocimiento de herramientas legales que tienen los prestadores del equipo de salud, confirma la no aplicabilidad de los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres al recibir atención de SSR

Las instancias legales con las cuales el personal de salud coordina cuando una mujer consulta por violación a sus Derechos Sexuales y Reproductivos son generalmente ISDEMU, PNC, ISNA, FISCALIA. Esta respuesta fue dada por el 66.6% de participantes, el 33.3% respondió que no sabe con que instancias legales se debe coordinar, y solo un 0.66 refirió que coordinan con las DIGNAS Y CON CEMUJER.

En relación al acompañamiento legal que el equipo de salud da a las mujeres cuando estas consultan por violencia sexual, doméstica o por aborto inducido, el 93.3% de la muestra respondió que no dan ningún acompañamiento legal a estas mujeres, que lo único que se hace es orientarla a que acuda al ISDEMU; FISCALIA DIGNAS, CEMUJER; pero lo hacen por su cuenta. Del 100% de entrevistados solo el 6.6% correspondiente a un profesional, respondió en el tercer nivel de atención, que si el caso atendido es de un aborto inducido comprobado, la mujer va detenida.

El 66.6% de profesionales entrevistados no conocen nada sobre el proceso de reforma en el país, el 33.3% restante respondió que si conoce dicho proceso, pero al explorar que es lo que conoce, nadie supo responder ningún elemento relevante del proceso de reforma. Este

hecho evidencia que los profesionales de la salud no están informados de los procesos de cambio que esta sufriendo la prestación de los servicios en un deterioro mayor de la salud de las mujeres.

De igual manera, el total de profesionales no supo plantear si los documentos que recogen la propuesta de reforma del sector salud, tienen en su contenido planteamientos enfocados a los servicios de atención a la mujer en las diferentes etapas de su vida, así mismo al explorar sobre cual es el planteamiento que la propuesta de reforma tienen en su contenido para financiar los servicios de salud de las mujeres, ninguno de los encuestados supo responder.

E. AVANCES EN EL PROCESO DE REFORMA EN MATERIA DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA

Los miembros de la Comisión Nacional de Seguimiento al Proceso de Reforma en Salud, son el resultado de uno de los puntos de acuerdo entre la mesa de negociación y el gobierno de Francisco Flores, surgida para resolver la problemática del conflicto entre el gobierno y la huelga medica del seguro social apoyada por algunos sectores del sector salud, según la opinión de los y las entrevistadas miembros/as de esta comisión se encontró que los integrantes fueron seleccionados por la presidencia de la República en el periodo 2000-2004 del Presidente Francisco Flores, estos actores fueron nombrados después de haberse presentado una terna de posibles miembros que fueron propuestos por organismos gubernamentales y no gubernamentales, este proceso dio paso a la reestructuración de la comisión de seguimiento que surge en el 2003 como un instrumento político para dar continuidad al documento de la propuesta integral de la reforma en salud.

Para operativizar los cinco puntos críticos identificados en este proceso de reforma en salud como son: el financiamiento, la base legal, la participación social, la organización y estructura del sistema y los recursos humanos, se estructuraron cinco comisiones especiales de trabajo que tienen una conformación plural con participación de actores de ONGs, y grupos Intersectoriales, y que son las que están trabajando hasta la fecha, esta forma de participación ha sido considerado por algunos miembros de la comisión nacional como un indicio de apertura hacia una participación democrática aunque para otros no es un proceso democrático.

Al indagar sobre cuándo y como inicio el proceso de reforma en El Salvador, según los entrevistados/as este inicio 1992; no surgiendo como un proceso propio sino a raíz de todo un

movimiento neoliberal que venía dándose en toda América Latina en respuesta a la política pública que hizo el Banco Mundial (BM) de “INVERTIR EN SALUD”, esta propuesta planteaba que los países deben mejorar el gasto en salud, así como promover la diversidad y competencia en políticas que alienten los seguros sociales o privados y a los proveedores públicos.

Estos lineamientos son los que han sustentado las diferentes propuestas del estado desde la propuesta inicial planteada por ANSAL en mayo de 1994, hasta las actuales que recogen varios elementos de las propuestas iniciales.

El sector gubernamental describe el proceso de la reforma en salud como democrático, participativo y consensado, que surgió como iniciativa del estado, y que ha sido incluido en la Agenda Nacional, proceso que ha ido mejorando en su democracia, ya que está planteado que los avances y/o productos obtenidos sean divulgados y compartidos con la sociedad civil, además refieren que tienen metas trazadas para entrega de productos en diciembre del 2005, donde se debe presentar el documento de propuesta de reforma finalizado para que implementado en el 2006.

En **cambio para los representantes de la sociedad civil**, el proceso ha sido demasiado lento, en donde ha habido demasiado discurso e intereses de por medio que no ha dejado que el proceso avance significativamente, es visto como un proceso muy politizado y monopolizado desde el estado.

Además **el sector formador** lo ve como un proceso lento, de pocos resultados y que la apertura que da el estado para discutir estos puntos es favorable como un proceso democrático que debe ser aprovechado para la búsqueda del consenso.

En cuanto a los argumentos que justifican la reforma en salud, se encontró que principalmente son inexistencia de un sistema de Salud, la inequidad en la prestación de servicios, la necesidad de ampliar las coberturas a toda la población, la búsqueda de prestar servicios de calidad y de dar una atención con trato humano. Este planteamiento es coincidente para los tres sectores participantes en el estudio, agregando por el sector de las ONGs que en el Salvador nunca ha habido un SISTEMA DE SALUD.

Los argumentos a favor o en contra más conocidos según el secretario ejecutivo de la

comisión de seguimiento, los aspectos que se han identificado a favor del proceso de reforma están : “La voluntad política de favorecer este proceso por parte del sector de Gobierno, y muchos políticos sin importar el partido están convencidos de la necesidad de la reforma en el sector Salud, además hay una preocupación y compromiso social de los miembros que conforman tanto la comisión de seguimiento, como las cinco comisiones de trabajo, y los financiadores ya no son tan incidentes en la derivación de los fondos.

Para los miembros de la sociedad civil y representantes de ONGs, no hay voluntad política para la reforma, hay demasiados intereses de los dueños del capital interno, los intereses están basados en ver la salud como mercancía y no como un derecho de los y las Salvadoreñas, las ONGs y la sociedad civil, no realizan acciones fuertes e incidentes en el proceso porque hay mucha oposición de los sectores oficiales hacia la participación de la sociedad civil, y esta no esta unificada con un esfuerzo conjunto hacia el proceso y para el caso de las mujeres, no hay manera de que la SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES sea puesta en la agenda política.

En cuanto a la relevancia que tiene la salud de las mujeres en la propuesta de reforma en salud, según el secretario ejecutivo no existe un punto específico en lo que hasta la fecha se ha discutido en la reforma, por lo tanto no constituye un punto de discusión; pero la SSR de las mujeres se tendrá que retomar dentro de la UNIVERSALIDAD y hasta donde se ha discutido se dará un enfoque de genero.

Además dentro de la Política de Recursos Humanos en Salud, se consideraran los Derechos Sexuales y Reproductivos, en el sentido de preparar recursos humanos en salud especializados que den respuesta a la problemática de salud sexual y reproductiva de las mujeres, los/as representantes de ONGs manifiestan que la salud de las mujeres no esta vinculada en el planteamiento de la reforma en Salud, que para vincularla debe hacerse un análisis profundo de las condiciones de atención a la salud de la población materno infantil principalmente en el primer nivel de atención y no solo limitándose a un análisis epidemiológico sino de condiciones de vida de las mujeres, refiriendo que “NO SE TIENE EN LAS MESAS DE DISCUSIÓN A EXPERTOS EN SSR NI EN GENERO.”

En la prestación y acceso de los servicios de salud sexual reproductivo a las mujeres se encontró que para los representantes de Instituciones Gubernamentales, se ha “pensado” en constituir grupos en las comunidades asignándoles áreas geográficas que sean su

responsabilidad atender, esto como una estrategia en el primer nivel de atención; mientras que los representantes de ONGs consideran que desde el momento que no se ha pensado en incluir en el planteamiento de la reforma la salud de las mujeres como un componente relevante, no se puede hablar de consideraciones respecto al acceso ni sobre como mejorar los servicios curativos que ya se tienen.

En relación a la distribución geográfica de los servicios de SSR los representantes de la sociedad civil opinan que no se da la cobertura que debería darse, y en relación a si hay alguna propuesta para cambiar la prestación de servicios ya existentes para las mujeres se encontró que no hay ningún enfoque dentro de la política de los servicios que encaminen acciones dirigidas a mejorar la prestación de servicios de SSR hacia las mujeres.

Para el secretario de la comisión nacional en relación a la mejora de la prestación de servicios, la comisión esta planteando una forma gradual de dar los servicios para la población en general, además de fomentar un sistema de salud responsable; la reforma espera tener como eje transversal la Atención Primaria en Salud, en los tres niveles de atención, un punto que ya esta definido por la comisión nacional, es que NO se “ofrecerán paquetes ni canastas de salud”, un punto relevante como opinión del sector oficial es que la provisión de los servicios será mixto tal como lo establece la propuesta de reforma integral, y el financiamiento aun no esta definido.

Para la divulgación del proceso según los representantes de ONGs se ha pensado en validar y socializar los productos de cada comisión, pero no existe un plan de trabajo que contenga que y cuando se va a hacer, en cuanto a los avances de este proceso de divulgación en la propuesta que mas se ha caminado es en la de la participación social, donde presentaron a un grupo de expertos/as la política de participación social y en ella participaron las DIGNAS como organización de mujeres, este planteamiento es congruente con lo expresado por los actores de las universidades; para los representantes de sector gubernamental la forma de divulgación se realizara cuando se tenga el modelo de sistema que se va a validar, así mismo se validaran las políticas, y el resto de elementos que conformen la propuesta de reforma, y hablan de divulgar y no de validar, este planteamiento implica la no oportunidad de participación ciudadana ante un documento de reforma ya diseñado sin mayor participación, y el cual no será sometido a consenso .

Al indagar sobre la participación de la sociedad civil en este proceso, responden que hay

participación desde sus inicios, pero que este proceso según la representante de la sociedad civil ha tenido indicios de democracias, pero que hay momentos donde se ha sido autocrático, que el documento en que más se ha participado es en la propuesta del documento de la Reforma Integral en Salud, que la rectoría del proceso siempre ha estado bajo la responsabilidad del gobierno, es importante visualizar que no se identifican como responsables del planteamiento de la reforma a miembros de la sociedad civil como tal, para las ONGs, el proceso de la construcción de la reforma no ha tenido un curso democrático ya que al interior tanto de las mesas como de la comisión nacional, hay demasiadas diferencias e intereses particulares y no se logra llegar al consenso, opinión que difiere con otros actores de la comisión de seguimiento que opinan que si el proceso lleva un curso democrático muy notorio.

En cuanto a la participación de los organismos internacional en el proceso se encontró en el trabajo de la comisión actual se tienen un rol de apoyo técnico y financiero, los donantes ya no son tan incidentes en la derivación de los fondos y que los principales organismos internacionales que están apoyando el proceso son el BID, BM, y OPS.

Sobre el financiamiento, los representantes de la ONGs opinan que no hay ningún cambio relevante en las formas de financiamiento del sistema de Salud, ya que el FOSALUD, no resuelve la crítica situación de los más pobres para poder acceder a los servicios y específicamente a las mujeres, las actuales formas de financiamiento de la salud, son en su mayoría por medio de los impuestos de la población en donde se da una situación de marcada injusticia ya que los impuestos no son pagados de manera equitativa por los que deben pagar más, para los actores de la sociedad civil las mejores formas de financiamiento, es el de responsabilidad del estado, a través de UN SISTEMA UNICO en donde el rector sea el MSPAS, y la responsabilidad la asuma el estado, dentro de este sistema único, la provisión mixta sería un buen modelo de probar, pero este aun no es un punto de consenso en la comisión y que para garantizar el sistema se debe definir el respaldo jurídico (el estado rector a través del MSPAS.), además agregan que el Ministerio de Salud no puede dejar de ofrecer al menos a mediano plazo la provisión de servicios; hasta la fecha no se ha definido la estrategia de financiamiento de los servicios, se han discutido algunas propuestas como que el ISSS adopte más cotizantes que puedan pagar lo que vendría a ampliar sus coberturas y a disminuir la población que debe ser atendida por el MSPAS.

En relación a que si se han contemplado paquetes básicos de salud Sexual y Reproductiva

para las mujeres, las respuestas de los tres sectores consultados respondieron categóricamente que NO HAY CONSIDERADO ningún paquete para las mujeres, y que por lo tanto no puede hablarse de su financiamiento, ni de cuales costos serian asumidos por el sistema, ni cuales por las usuarias.

En cuanto a la cobertura de manera equitativa para hombres y mujeres, los representantes de ONGs afirman que la cobertura no es equitativa, que hay baja cobertura, que no es cierto que el estado y el gobierno quieran acercar la salud a la GENTE TAL COMO LO INDICA LA APS. Este planteamiento confirma entonces que no se han considerado los riesgos ni los beneficios en relación a costos de los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres.

Para los representantes de la comisión nacional, si se ha aumentado un poco en coberturas a nivel de todos los servicios, y de todos los grupos poblacionales sin embargo reconocen y están concientes que debe aumentarse más y que precisamente una de las finalidades de la reforma es “AMPLIAR LA COBERTURA A TODA LA POBLACIÓN”.

En relación a si ha habido adopción de políticas y estrategias de focalización en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES, los organismos no gubernamentales son categóricos en responder que **no ha habido adopción de** ninguna política a favor de la salud sexual y reproductiva, a pesar de que exista un documento que responde a una política Nacional de atención a la mujer.

Los representantes gubernamentales, afirman que se consideraran los derechos sexuales y reproductivos dentro de la POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD pero no especifican en que consistirán los componentes a considerar, y si estarán especificados para la atención de las mujeres.

En cuanto a la concesión de servicios, los representantes de la comisión nacional expresaron que si se han concesionado servicios a algunas ONGs sin especificar cuales; en este apartado las ONGs opinan que la concesión de servicios la esta utilizando el MSPAS como una estrategia para aumentar coberturas, y que lo hacen con ONGs que no tienen mucho cuestionamiento al sistema como FUSAL, CALMA Y Seraphin.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Después de haber explorado cada una de las variables planteadas en los objetivos específicos el estudio permitió concluir lo siguiente:

En relación a la oferta y uso de servicios en Salud Sexual y Reproductiva para las mujeres que consultan en los tres niveles de atención del MSPAS. Se continúan ofertando los servicios tradicionales para las mujeres desde un enfoque biologicista sin trascender de ver a la mujer como sujeta de la reproducción, y no como ser humano con derechos de equidad, igualdad y desarrollo.

Los programas de SSR ofertados a las mujeres siguen siendo los tradicionales y aunque algunos tengan modificaciones teóricas, el recurso que los implementa no está preparado para el abordaje ni el cumplimiento de los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres. Ejemplo de esto es la casi nula oferta y uso de la ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA que a pesar de estar contemplada en las normas de PF. No se ofrecen a la mujer como una opción ante una necesidad de prevenir un embarazo no deseado.

La llamada oferta integral de servicios de SSR sigue dejando descubierta la atención integral al aborto; los resultados muestran como muchos profesionales asumen la función de denunciar a la mujer por un aborto inducido, irrespetándole su derecho a la privacidad y al derecho a decidir sobre su **SEXUALIDAD** y sobre su cuerpo, según la Asociación de sexología y OPS 2000, se refiere a *una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo*, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción, que se ha experimentado que se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones.

Dentro de la oferta de servicios en SSR, no es significativo el porcentaje de mujeres que están informadas sobre sus derechos Sexuales y Reproductivos, la gran mayoría los desconoce y refiere que en los establecimientos de salud NUNCA O CASI NUNCA LES HABLAN DE ESOS DERECHOS, aunado a esta situación el 78.3% de mujeres piden que se les informe sobre sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

El estado No esta cumpliendo con lo pactado en los documentos internacionales de Derechos Humanos sobre los tres niveles de obligación que tiene de "respetar los derechos lo que implica que no deben violarlos ellos mismos." "Proteger los derechos, no dejar que otros los violen" y Garantizar los Derechos "que implica asegurar las condiciones necesarias para su cumplimiento, en este sentido el NO cumplimiento del Derecho a la información como uno de los tantos derechos violentados a las mujeres, es una muestra del no cumplimiento del ESTADO ante estos tres niveles de compromisos ya que en las instituciones de salud gubernamentales el estudio evidencio como se violentan en su mayoría los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, desde la desinformación hasta la no aplicabilidad de estos en la atención directa a las usuarias.

Otros de los derechos que persiste en ser violentados, son el trato a la mujer con dignidad y respeto, ya que se encontró que en algunas instituciones del primer nivel de atención, las mujeres se quejan de "MEDICOS ABUSIVOS" que las tocan más de la cuenta, las miran con malicia cuando se desvisten, y les piden besos. Esta realidad de irrespeto es alarmante y persiste por la ignorancia y el desconocimiento de las mujeres a demandar este tipo de maltrato y abuso por parte de los profesionales de la salud.

El no denunciar las faltas de respeto del personal de salud demuestra la desinformación y el desconocimiento que tienen las mujeres sobre la parte legal para exigir y demandar el cumplimiento de sus derechos, resultados que en el estudio se encuentran con porcentajes alarmantes de desconocimiento, y en donde las mujeres afirman que nunca se les habla de esos pasos legales para demandar y hacer cumplir sus derechos como mujer.

Al explorar sobre el cumplimiento de la CONSEJERIA al brindar atención en Salud Sexual y Reproductiva se encontró que son mínimos los establecimientos de salud donde Los gerentes respondieron que si se da consejería, pero no cuentan con expertos en SSR para hacerlo, muchos de los establecimientos del primer nivel no cuentan con psicólogos para dar apoyo a las mujeres. Es importante mencionar que esta información dada por los gerentes no corresponde positivamente con lo expresado por las 240 mujeres entrevistadas respecto a si reciben consejería sobre su salud Sexual y Reproductiva.

En relaciona a la variable de privatización, los resultados obtenidos sobre aspectos de privatización en la salud Sexual y Reproductiva de las mujeres, y su relación con costos que asumen las usuarias por los servicios, muestran que a pesar de que el MSPAS habla de cero

costos en el primer nivel de atención, si se encontró que todavía hay mujeres asumiendo gastos por exámenes, consultas odontológicas, y referencias a clínicas y laboratorios privados que se encontraron con mucha frecuencia sin encontrar las razones de porque no se refieren al segundo nivel de atención como es el caso mas común de las ultrasonografías en donde se encontró pagos de las mujeres de hasta \$14 dólares en lo privado.

En el segundo y tercer nivel de atención, los costos asumidos por las mujeres van desde \$8.00 dólares hasta \$160.00 por una intervención quirúrgica, (histerectomía) cabe mencionar que en hospital de segundo nivel se encontró que si se tiene que llamar al medico de ESTAFF para una cirugía los costos suben ya que le cobran a la mujer de acuerdo a lo que gana el profesional por hora también es importante mencionar que en los hospitales todas las mujeres refirieron que si no tienen lo que el hospital les cobra, las envían con la trabajadora social para negociar la disminución del costo, o la exoneración si es necesario. Ninguna mujer dijo haber dejado de ser atendida por no poder pagar lo asignado por su tratamiento.

La anterior situación demuestra como los costos asumidos por las mujeres para la atención de su salud sexual y reproductiva les afecta en su economía familiar ya que muchas dijeron que sus familias prestan el dinero para poder pagar al hospital por la atención recibida, lo cual no sucedería si la SSR para las mujeres tuviera un presupuesto específico asignado.

En lo que respecta a los avances del proceso de reforma en materia de Salud sexual y reproductiva, los resultados obtenidos de los diferentes actores entrevistados son concluyentes y categóricos en afirmar y aceptar que LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES no esta contemplado dentro de los puntos críticos de discusión, que no hay identificados actores que estén velando por la introducción de este tema en los componentes de las reforma, solo un representante de la comisión nacional de reforma manifestó que la SSR de las mujeres se tomara en cuenta cuando se construya la política de Participación social que se espera tenga un enfoque de genero, y cuando se construya la política de Recursos Humanos en Salud pero no específico cuales serán los componentes específicos que responderán a las necesidades de atención en SSR de las mujeres.

Además afirmaron que en las grandes líneas estratégicas de la provisión de servicios no se trabajara con “canastas de salud, ni paquetes de salud “y se mantendrá el modelo de provisión de los servicios mixto, además que para el del sistema financiamiento de sistema que se proponga, la fuente principal serán los impuestos, pero aun no esta definido.

Los avances hasta la fecha en el proceso de reforma en salud son: La conformación de la comisión nacional de seguimiento y la conformación de las cinco mesas especializadas de trabajo., las cuales tienen asignado trabajar en cada uno de los 5 puntos críticos identificados como no resueltos en la propuesta integral en salud, a la fecha no existen productos oficializados de cada comisión y que solamente hay productos concretos en la mesa de recursos humanos y la de participación social.

B. RECOMENDACIONES

En función de dar algunas propuestas que contribuyan a mejorar en alguna medida los resultados identificados en el estudio, se proponen las siguientes recomendaciones que pueden traducirse en líneas de acción a mediano y largo plazo.

Que las ONGs y la sociedad civil unan esfuerzos para realizar acciones incidentes en las comisiones de trabajo de la reforma de tal manera que se logre la incorporación de la SSR de las mujeres como un componente importante en la agenda de discusión, esto implica a corto plazo identificar actores expertos en SSR que a la mayor brevedad posible sean propuestos e incorporados en las mesas de trabajo.

Que se divulgue con las entidades correspondientes los resultados de esta investigación, y paralelamente se aporte una propuesta viable y operativa que mejore de forma concreta la atención en Salud sexual y Reproductiva que están recibiendo las mujeres en los tres niveles de atención.

La propuesta de intervención deberá ser diseñada de manera conjunta involucrando a actores claves del MSPAS, y apoyándose con expertos en el tema de SSR. Principalmente la propuesta deberá enfocarse a fortalecer y promover el cumplimiento de los derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres lo que implica la capacitación de todo el personal operativo del MSPAS. La propuesta deberá definir de manera explícita a los responsables de monitorear, Supervisar, evaluar y fortalecer el cumplimiento de los derechos Sexuales y Reproductivos en cada uno de los niveles de atención.

Se deberán realizar investigaciones prospectiva, longitudinales que permitan ver y dimensionar en el tiempo, cual es el impacto de la privatización de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres.

Realizar contraloría social sobre el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CLADEM et al. Derechos de las Mujeres en El Salvador. Un reporte alternativo. Enero 2003.
2. CLADEM, CEMUJER, IEJES, ORMUSA Y FUNDE. Resumen ejecutivo. Derechos de las mujeres en el Salvador. 2003.
3. Compromisos Legislativos sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Una revisión de los cinco años de las conferencias de El Cairo y Beijing en América Latina y el Caribe. Dic. 1999.
4. Constitución de la República de El Salvador, Reformada 1993.
5. Derechos de las mujeres En El Salvador, un reporte alternativo. Julio 2003. compilado por la septuagésima octava sesión del Comité de Derechos Humanos (CLADEM, CEMUJER, IEJES, ORMUSA, FUNDE).
6. Derechos de las mujeres en El Salvador. Un reporte alternativo. Enero 2003.
7. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002-2003. Informe resumido 2003.
8. MSPAS, boletín sobre indicadores de Salud 2002. El Salvador.
9. MSPAS. Cuentas Nacionales en Salud, Estimación del Gasto Nacional en salud en El Salvador. 2000.
10. MSPAS. Plan nacional de salud reproductiva 1999-2003
11. OPS/OMS. Salud para un País de Futuro. El Salvador, 2004.
12. Orellana Eliseo. Estudio de caso sobre Contratación de servicios de Atención Primaria de Salud Brindados por una ONG. Revista Regulación de la Salud. MSPAS. Programa de apoyo a la Modernización del MSPAS. 2003.
13. Plataforma mínima de Derechos Humanos de las mujeres para el Órgano ejecutivo del periodo 2004-2009. San Salvador nov. 2003.
14. Política Nacional de la mujer. Plan de acción 2002-2004. SIDEMU.
15. Procuraduría para la defensa de los Derechos Humanos. Fundamentos del Proceso de Reforma del Sector Salud en El Salvador. Marzo 2004.
16. Procuraduría para la defensa de los derechos humanos. Plataforma mínima de derechos de las mujeres para el órgano ejecutivo del período 2004-2009. El Salvador.
17. Reyes Regalado Isabel Cristina, Compilación sobre Salud Sexual y Reproductiva en el Marco de los Derechos Humanos. Agosto 2002.
18. UNFPA. Estado de la Población Mundial, Inversión en su salud y sus derechos. 2003.