



Comisión Interamericana de Mujeres

as

Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador



Organización de los
Estados Americanos

La Organización de Estados Americanos (OEA) es la organización regional más antigua del mundo, con antecedentes en la Primera Conferencia de Estados Americanos (octubre 1889 a abril 1890) establecida en 1948 con el propósito de lograr entre los Estados de las Américas “un orden de paz y de justicia, fomentar su solidaridad, robustecer su colaboración y defender su soberanía, su integridad territorial y su independencia”. La OEA prioriza cuatro pilares - democracia, derechos humanos, seguridad y desarrollo – que se sustentan entre sí y se entrelazan transversalmente mediante una estructura que comprende el diálogo político, la inclusión, la cooperación e instrumentos jurídicos y de seguimiento, y que proporciona a la OEA las herramientas necesarias para llevar a cabo y maximizar su labor en el hemisferio.

Establecida en 1928, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) fue el primer órgano intergubernamental en el mundo creado expresamente con el propósito de asegurar el reconocimiento de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres. La CIM está constituida por 34 Delegadas Titulares, una por cada Estado miembro, y se ha convertido en el principal foro generador de políticas hemisféricas para la promoción de los derechos de la mujer y la igualdad de género.

Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador

Autora: Rhina Machuca de Ortiz

Revisión técnica: Grettel Bustos-Galeano

Copyright ©2010

Todos los derechos reservados

Comisión Interamericana de Mujeres (CIM)

1889 F Street NW

Washington, DC, 20006

Estados Unidos

Tel: 1-202-458-6084

Fax: 1-202-458-6094

Correo electrónico: cim@oas.org

Página Web: <http://www.oas.org/cim>

Las denominaciones utilizadas en la presentación del material de esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Secretaría Ejecutiva de la CIM o de la OEA en relación con la condición legal de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o de sus autoridades, o que tenga que ver con las delimitaciones de sus fronteras o límites.

Las opiniones expresadas son las de la(s) autora(s) y no reflejan necesariamente la opinión de la OEA o de la CIM.

Mapeo de actores sociales: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador



Organización de los
Estados Americanos

Contenido

Resumen ejecutivo	
1	<i>Presentación</i> 8
2	<i>Aspectos metodológicos</i> 9
	2.1. Objetivos 9
	2.2. Variables e indicadores 10
	2.3. Fuentes de información 10
3	<i>Resultados</i> 11
	3.1. Contexto nacional 11
	3.2. Dimensiones del VIH, políticas y respuestas sociales 26
	3.2.1. Feminización de el VIH 28
	3.2.2. Mortalidad por SIDA 28
	3.2.3. Nivel de conocimiento sobre formas de evitar el VIH 29
	3.2.4. Conductas, riesgos y vulnerabilidades. 30
	3.2.5. Respuesta en torno al VIH/SIDA. 31
	3.2.6. Políticas Públicas sobre el VIH y Plan Nacional de Intervención. 38
	3.2.7. Respuestas sociales: programas y proyectos. . . . 40
	3.2.8. Mapeo de actores involucrados en la respuesta al VIH 40
	3.3. Dimensiones de la VCM, políticas y respuestas sociales 43
	3.3.1. Prevalencia poblaciones afectadas, conocimientos y prácticas 47
	3.3.2. Marco legal sobre la VCM. 51
	3.3.3. Respuestas sociales: programas y proyectos. . . . 52
	3.3.4. Mapeo de actores involucrados en la respuesta a la VCM. 52
	3.4. Intersecciones entre el VIH y la VCM: evidencia y respuestas sociales 53
4	<i>Conclusiones y recomendaciones</i> 54
5	<i>Bibliografía</i> 57

Resumen ejecutivo

La violencia contra las mujeres (VCM) es uno de los factores asociados al proceso de feminización del VIH. El VIH y la VCM se refuerzan mutuamente y sus complejos vínculos están asociados a factores sociales, económicos y biológicos. Esta asociación puede ser directa, a través de violencia sexual, o indirecta, debido por ejemplo a la incapacidad de las mujeres para negociar las condiciones bajo las cuales ocurren las relaciones sexuales.¹ Otras formas de violencia contra las mujeres -que son producto de la pobreza y la inequidad de género- tales como el turismo sexual, la trata de mujeres y niñas² y el trabajo sexual por parte de niñas y adolescentes, colocan a las mujeres en mayor riesgo de contraer el VIH. Diversos estudios revelan un incremento de la violencia en la vida de las personas VIH positivas, particularmente las mujeres.

En El Salvador la atención a las víctimas de la violencia contra las mujeres, continúa siendo un aspecto vital en el fortalecimiento del Estado de Derecho. Actualmente se conoce que la violencia contra las mujeres y el VIH son problemas graves que están afectando la salud de grandes poblaciones. Por considerados problemas de salud pública, la prevención y atención de la VCM así como del VIH, han sido priorizados, poniendo especial énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad.

El “Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador” forma parte del proyecto titulado “Integración de Políticas y Programas de VIH y Violencia Contra la Mujer desde un Enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica” ejecutado por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de Estados Americanos (OEA). Su objetivo es crear una línea de base que describa, a partir de una metodología uniforme empleada en los cuatro países participantes en el proyecto, el contexto socioeconómico y demográfico del país, las dimensiones de la VCM y el VIH (prevalencia e incidencia), así como su impacto en las mujeres, familias y comunidades, identificando también las fortalezas y debilidades de las políticas, de las estrategias nacionales y del marco institucional/organizacional sobre la VCM/VIH.

El análisis situacional también facilitará el inicio de un diálogo nacional con los actores(as) y socios estratégicos, y se espera que contribuya a la ejecución exitosa del proyecto y su sostenibilidad.

El análisis situacional será un importante insumo en el diseño de un modelo de atención integral dirigido a las personas afectadas por la violencia contra las mujeres y el VIH. Además constituye un instrumento que permite identificar las oportunidades y los factores que podrían afectar el proceso de integración de políticas y programas de VIH/VCM, así como los avances y fortalezas que pueden contribuir a catalizar y alcanzar el éxito de la iniciativa.

1. OPS/OMS. http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH_FS0705.pdf

2. Ibid.

3. Ibid.

La VCM y el VIH afectan a toda la población, principalmente a la de menos educación y acceso a servicios básicos y de salud. Los grupos más afectados por el VIH corresponden a la población entre los 20 y 34 años que representa un 51% y la comprendida entre los 15 y 49 años que conforman el 80% del total de casos. Es decir, que la mayor incidencia del VIH se concentra en personas económicamente productivas, en edad reproductiva y sexualmente activas. El VIH y la VCM no son problemas relativos solo a la salud, sino también a lo social, lo cultural y lo político, lo cual exige una respuesta integral y con mayor énfasis en la prevención.

El análisis situacional determina que a pesar de las múltiples intervenciones y esfuerzos para controlar el VIH y la VCM realizados por distintos sectores tanto gubernamentales como de la sociedad civil, no se ha logrado integrar y trabajar de forma conjunta en un modelo de atención que involucre ambas epidemias. Las instituciones gubernamentales, tales como el MSPAS, ISSS, CONASIDA, responsables de las intervenciones en la lucha contra el VIH, poseen fortalezas que facilitarían la integración de estas intervenciones. Entre estas fortalezas se destacan: el marco normativo vigente, el sistema de vigilancia epidemiológica, el sistema de monitoreo y evaluación (a nivel nacional y local), la capacidad organizativa y la estructura física instalada. A pesar de esto, se revela la necesidad de contar con mayores recursos humanos permanente capacitados en el manejo de ambas epidemias.

El CONASIDA tiene un alto nivel de liderazgo en el sector salud al igual que la jefatura del programa VIH/SIDA del Ministerio de Salud, esto les ha permitido establecer una normativa de atención integral en VIH/SIDA a nivel nacional que facilita el trabajo conjunto en temas de la VCM y el VIH. Instituciones autónomas, tales como la Procuraduría de los Derechos Humanos, realizan esfuerzos por ayudar a las personas víctimas del VIH y la VCM.

Por su parte, las organizaciones no gubernamentales son actores con mucho liderazgo en el país y tienen incidencia tanto dentro de las instituciones públicas como en la población en general. Estas organizaciones han ganado un rol protagónico en la lucha contra el VIH y la VCM, fortaleza que debería considerarse en el diseño y puesta en práctica del modelo de atención integral que está siendo formulado.

Los organismos de cooperación, entre ellos la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), también poseen grandes potencialidades en cooperación técnica, así como interés en el trabajo integrado de ambas epidemias, por lo cual es importante involucrarlos directamente en el proyecto.

El mapeo de actores pone en evidencia el interés unánime de los actores clave en la necesidad de profundizar y trabajar en un modelo de atención integral para combatir las epidemias del VIH y la VCM, así como la necesidad de que modelos de esta naturaleza sean accesibles a toda la población salvadoreña. Estratégicamente consideran apropiado avanzar paulatinamente a través de un proyecto piloto en comunidades que muestran mayores problemas tanto de VIH como de VCM y que tienen mayor capacidad instalada que contribuye al establecimiento de este modelo. Varias entidades, tales como el ISDEMU, rector y líder en la política de la mujer y familia del país, externaron su disposición e interés de trabajar activamente en este proyecto.

Por último, el análisis situacional recomienda socializar los resultados del estudio entre las diferentes instituciones y organizaciones involucradas a nivel nacional; apoyar y fortalecer a las

organizaciones e instituciones en el conocimiento y experiencia en la atención e integración de ambos problemas; establecer un proceso continuo de capacitación y actualización sobre prevención y atención de las epidemias del VIH y la VCM y, conjuntamente con todos los actores y sectores involucrados, dar prioridad a las comunidades más adecuadas para la ejecución de un proyecto piloto, y a partir de éste iniciar un trabajo permanente y coordinado con posibilidad de extenderlo a otras comunidades.

Se sugiere que el modelo se desarrolle y ejecute haciendo énfasis en los derechos humanos, fortaleciendo las estrategias preventivas y de atención e integrando otras instituciones y organismos que también abordan estos temas (por ejemplo la Defensa de los Derechos Humanos, Organismos de Cooperación, Policía Nacional Civil y las ONGs).

1. Presentación

Tomando en consideración la gravedad del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus vínculos con la violencia contra las mujeres (VCM), la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), como organismo especializado de la Organización de Estados Americanos (OEA) en temas de las mujeres, asumió el compromiso de impulsar en las Américas un proceso de desarrollo de políticas y programas integrados desde un enfoque de Derechos Humanos. Gracias a este esfuerzo, las Américas cuenta con la “Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA” (2007), que aborda explícitamente las intersecciones entre ambas epidemias y que fue aprobada por los mecanismos de la mujer y de la igualdad de género.

Como parte del seguimiento a los acuerdos establecidos en dicha Declaración, la CIM/OEA, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) está desarrollando el proyecto “Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres desde un enfoque de derechos humanos en Centroamérica”, que tiene como meta contribuir a los esfuerzos nacionales y regionales para disminuir la prevalencia del VIH y la VCM a través del desarrollo de un modelo integrado de políticas y programas sobre ambas epidemias en El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá.

El presente documento “Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en El Salvador” describe las dimensiones y las respuestas sociales que han desarrollado distintos actores y sectores en el país frente a ambos problemas. En su elaboración se consultaron fuentes de datos oficiales, de Organismos Internacionales y de Organizaciones No Gubernamentales.

2. Aspectos metodológicos⁴

En el diseño del Proyecto se incluyó como primer paso la realización de un análisis situacional de las Instituciones oficiales rectoras de cada materia y de la sociedad civil organizada a nivel nacional, con el objetivo de conocer e identificar las distintas y actuales intervenciones y los factores que podrían afectar el proceso de integración de políticas y programas de VIH/VCM para iniciar un diálogo nacional con los actores (as) y socios estratégicos para esta iniciativa. Dado que el Proyecto parte de la premisa de integrar servicios e intervenciones actualmente en construcción o ejecución, el análisis situacional servirá de base para identificar oportunidades y potenciales limitaciones para el desarrollo de los resultados esperados.

De forma complementaria se llevó a cabo un mapeo de actores que explora los roles y las posiciones de Organizaciones Gubernamentales, Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S), redes y organismos internacionales relacionados con los ejes temáticos del Proyecto (VIH y VCM).

2.1. Objetivos del Análisis Situacional

El análisis situacional tiene por objetivo:

- a. Describir el contexto socio económico y demográfico del país.
- b. Analizar las dimensiones de la VCM y el VIH (prevalencia e incidencia) e impactos en las mujeres, familias y comunidades.
- c. Identificar fortalezas y debilidades de las políticas y estrategias nacionales, así como del marco institucional/organizacional sobre la VCM/VIH.
- d. Evaluar las prácticas/experiencias de integración VCM/VIH en el área e identificar formas a través de las cuales la integración podría fortalecer las iniciativas existentes.
5. Identificar aliadas(os) y oportunidades potenciales para hacer más efectiva la integración en el (los) nivel (niveles) seleccionados.

4. Propuesta metodológica para el desarrollo del análisis situacional en Centroamérica. Proyecto "Integración de políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres desde un enfoque de Derechos Humanos en Centroamérica". CIM/OEA, Washington DC.

2.2. Variables e indicadores

Las variables e indicadores seleccionados fueron los siguientes:

- a. Situación general del país: datos de población, información socio demográfica, económica, educativa y de salud.
- b. Dimensiones del VIH: marco legal y respuestas sociales.
- c. Dimensiones de la VCM: marco legal y respuestas sociales.
- d. Niveles de la integración de las respuestas sociales frente al VIH y la VCM.

2.3. Fuentes de información

Se revisó la documentación oficial disponible: leyes, reglamentos, normativas, programas y/o proyectos, intervenciones, informes estadísticos, formatos de recolección de información y publicaciones, principalmente los disponibles por las instituciones rectoras en cada materia, del VIH el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Sobre la violencia contra las mujeres se consultó la información disponible del Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), así también como de las Organizaciones No Gubernamentales líderes en cada temática que trabajan y/o ejecutan diferentes intervenciones para disminuir y mejorar la atención de ambas epidemias.

3. Resultados

3.1. Contexto nacional

El Salvador está situado en América Central, y tiene una extensión territorial de 21,040.79 km². Política y administrativamente se divide en catorce Departamentos y 262 Municipios. Limita con Guatemala y Honduras. Tiene un índice de desarrollo humano de 0,732, ubicando al país en la posición 104 entre 177 países. Según el último censo del año 2007 la población es de 5,744,113, con una densidad poblacional promedio de 273 habitantes por km², la cual se eleva a 1,768 habitantes por km² en el Departamento de San Salvador donde reside un poco más de la cuarta parte de la población salvadoreña (27.3%).

La distribución por sexo es de 52.7% mujeres y 47.3% hombres, con un índice de masculinidad de 87% (100 mujeres por cada 87 hombres), lo cual explica la mayor mortalidad y migración al exterior de los hombres en comparación con las mujeres. La población salvadoreña es predominantemente urbana (62.7%), existiendo diferencias importantes entre departamentos, por ejemplo en el departamento de San Salvador el 93.4% de la población es urbana y en el departamento de Morazán solamente el 26.1% lo es.

Según el último censo, la mayoría de la población Salvadoreña es joven. El 52.8% de la población tiene menos de 25 años y solo el 9.4% tiene más de 60 años.

a. Población indígena

Según el último censo del país⁵ la población indígena es menor al 10% de la población total. Retomando la historia de los primeros pobladores durante el periodo paleo indio y arcaico se les denomina arcaico o paleo indios. El Preclásico inicia cuando llegan a El Salvador otros grupos étnicos siendo la mayoría los mayas y los lencas. Después de la gran erupción del lago de Ilopango son los mayas los que ocupan gran parte del centro y occidente, mientras que el oriente es ocupado por los lencas.

Para el periodo clásico tardío El Salvador era poblado por los siguientes grupos étnicos y etnias:

- Grupo maya: Pocomames y Chortis
- Grupo Lenca: Potones y Taulepas
- Grupo Ulua: Cacaoperas
- Grupo Xinca
- Grupo Chorotega

Durante el período posclásico no hay evidencia que la cultura Cotzumalhuapa sobreviviera a la caída de sus ciudades como: Cara Sucia (la única ciudad de esta cultura en El Salvador); además de esto, todos los grupos étnico sobreviven y llegan a El Salvador los pipiles que ocuparon el área que va desde el río paz hasta el río Lempa, diversificándose luego diferentes tribus:⁶

- Cuzcatlecos: habitan en el área central y vivían en la ciudad de Cuscatlán.
- Izalcos: habitan en el área occidental, cultivaban cacao y trabajaban la obsidiana.
- Nonualcos: habitaban originalmente en La Paz y San Vicente y luego se diversificaron por el centro y occidente del país; aficionados a la guerra.
- Mazahuas: habitaban originalmente en La Paz y San Vicente y luego se diversificaron por el centro y occidente del país; criaban rebaños de venados de cola blanca.

Durante el periodo posclásico los pipiles habitaban y dominaban desde el río Paz hasta el río Lempa, los Chorti la zona norte del río Lempa y los Lencas el área oriental, todos los demás grupos étnicos y tribus mencionados habitaban pequeñas partes del país. De todos ellos, los pipiles habitaban en la mayor parte país distribuyéndose entre parte de Masahuat, Metapán, Chalatenango y de Usulután.

Este desarrollo, explica en parte la razón histórica por la cual actualmente de todas las lenguas nativas el Náhuat-Pipil sea la más hablada, seguida por el Maya-Kekchí (hablada en El Salvador debido a migraciones recientes). También encontramos el Maya-Pocomam y el Potón y Taulepa (idiomas lencas). Existen pueblos indígenas que han perdido su lengua nativa, tales como los Cacaoperas y los Chortis (otro pueblo maya).

b. Fecundidad⁷

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) es una variable importante para evaluar la tendencia de crecimiento de la población. Según la “Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 2008”, la TGF descendió de 6.3 a 2.5 hijos por mujer en el período del 2003-2008, siendo más notoria la reducción en el área rural, ubicando al país en el segundo lugar de Centro América con la tasa más baja de fecundidad después de Costa Rica. Siguiendo esta tendencia, las mujeres que viven en el área rural tienen un hijo más que las mujeres que viven en el área urbana; y las mujeres sin escolaridad tienen 3.7 hijos, casi el doble que las mujeres con más de 10 años de escolaridad que tienen 1.8 hijos.⁸

c. Educación⁹

Según la encuesta FESAL 2008 en el año 2006 la tasa de analfabetismo¹⁰ fue de 14.6%, siendo de 9.3% en el área urbana y de 23% la del área rural. Las tasas más bajas corresponden a las mujeres (16.9%) contrapuestas a la de los hombres (11.9%). La escolaridad promedio al año 2006 es 5.8 años de estudios aprobados. Los resultados de FESAL-2008 indican que el ingreso al primer grado a edad temprana es muy común en El Salvador, según lo reportado por las madres prácticamente uno(a) de cada tres niños/as (31.3%) comenzó a estudiar antes de los 7 años cumplidos. Acumulando este porcentaje con el de los que entró de 7 años

6. VI censo de población y vivienda de El Salvador, abril 2008.

7. FESAL (2008)

8. Ibid.

9. Fuente de todo el apartado de Educación: FESAL (2008)

10. Definida como aquellas personas de 10 años y más que no saben leer ni escribir a nivel nacional.

cumplidos, encontramos que el 84.2% entró a primer grado con 7 ó menos años cumplidos. Por el contrario, el porcentaje que entró al primer grado con 8 ó más años cumplidos, o que aún no habían comenzado en el año de la encuesta, es de 14.7%, cifra que es de 3.8% para los(as) niños/as cuyas madres tienen 10 años o más de escolaridad y de 29.9% para los(as) niños/as cuyas madres no tienen educación formal.

A nivel nacional la escolaridad promedio por sexo es de 6 años para los varones y 5.8 para las mujeres. En el área urbana, la escolaridad promedio de los hombres es de 7.1 y de las mujeres de 6.7; en la zona rural, la de los hombres es de 4.1 y de las mujeres de 3.9.

El 92.4% del total de niños/as de 7 a 14 años de edad estaba estudiando durante el año escolar de 2008 y el 71.4% asistía al grado esperado o a uno superior. El porcentaje que no estaba estudiando (ya sea que nunca asistió o había abandonado los estudios) asciende del 3.2% entre los(as) niños/as con 10 años de edad al 19.9% entre los/as de 14 años.

Considerando la distribución de la población en edad escolar, se observa que el porcentaje que nunca asistió a la escuela o colegio baja del 5.2% entre los/as niños/as de 7 años cumplidos a 2.7% entre los/as de 8 años, a 1.4% entre los/as de 9 años y que es inferior al 1% entre los/as de 10 a 14 años.

El abandono escolar es más crítico a partir de los 12 años y sube rápidamente de 7% a esa edad a 19.2% entre los de 14 años cumplidos.

Entre las razones para el abandono escolar reportadas por las madres sobresalen las siguientes: "no quiso o no le gustó" (40.6%), "por problemas económicos" (19.5%), "por bajo rendimiento" (4.7%), "por problemas familiares" (3.7%), y "tenía que trabajar" (4.3%).

Otras respuestas incluyen "cambió de domicilio" y "accidente o enfermedad" (4.3 y 4.4%, respectivamente), discapacidad mental o física (1.8 y 1.0%, respectivamente), porque salió embarazada (0.9%) o porque se casó o acompañó (1.7%).

El 4.8% de las causas de abandono escolar deja ver una combinación de problemas del medio y la oferta, y se caracteriza por la mención de respuestas tales como: la delincuencia, falta de seguridad en las escuelas o colegios (rechazo de compañeros/as, acoso del/la docente o de alumnos/as) y maltrato. Acumulando el 3.3% que mencionó "muy lejos" y el 2.5% que respondió que "ya no había grado" tenemos que el 5.8% de las razones de abandono escolar se relacionan directamente a problemas de la oferta del Sistema Educativo.

La tasa de asistencia escolar para el 2008 fue 33.0% del total de la población de 4 años y más, lo que representa un total de 1,880,809 alumnos.

d. Repitencia escolar¹¹

De los/as niños/as que estudiaban en el año 2008, alrededor del 12% estaba repitiendo grado en ese año y uno/a de cada 4 estaba repitiendo ese año o había repetido al menos una vez en los años anteriores al 2008. En el año 2008 el porcentaje que estaba repitiendo grado

asciende de 8% entre quienes tenían 7 años de edad a 15.6% entre quienes tenían 11 años de edad, y se mantiene entre el 13 y el 14% entre las edades de 12 a 14 años. El porcentaje de niños/as que estaba repitiendo en ese año o había repetido una ó más veces en los años anteriores al 2008 asciende de un 9% entre los/as que tenían 7 años de edad a entre un 32 y 34% entre los/as que tienen de 11 a 14 años de edad.

El porcentaje que estaba repitiendo grado en el 2008 varía de un 10% en el área urbana a un 15% en el área rural, y la que estaba repitiendo en ese año o había repetido al menos una vez en los años anteriores varía de 22% en el área urbana a 29% en la zona rural.

e. Situación socioeconómica

La sociedad salvadoreña está en medio de una compleja transición que suele expresarse como el paso (no exento de débitos) de una sociedad agraria a una sociedad de servicios crecientemente expuesta a los medios de comunicación y a la adopción de nuevas pautas culturales que convierten al consumo en un nuevo ámbito de identidad colectiva. El computador, el Internet, y los teléfonos celulares, junto con las oleadas migratorias, son herramientas que contribuyen a definir a la sociedad salvadoreña como sociedad transnacional. Los sectores productivos más importantes siguen siendo: el agrícola, la construcción, la maquila y el turismo.

Emigrar a otro país, y en particular a los Estados Unidos, se ha convertido desde la década de los setenta en una opción de vida cada vez más adoptada por los salvadoreños. Cuatro de cada diez trabajadores (44%) y 45% de los empresarios consultados dijeron haber considerado la emigración como una posibilidad. Los formadores (35%) son, entre los cuatro sectores encuestados, quienes menos piensan en emigrar. Las expectativas de emigrar de empleados y empleadores son relativamente más altas que las de la población en general: 34% para el 2007 y 38% para el 2006, según datos de las respectivas encuestas del Instituto de Opinión Pública (IUDOP) (UCA/IUDOP, 2007 y 2006). La búsqueda de mejores oportunidades es la razón más mencionada por quienes respondieron que han pensado alguna vez en salir del país. Esta razón aparece en primer lugar y muy por encima de cualquier otra. Esto es así para el 77% de los trabajadores, el 74% de los empresarios, el 74% de los políticos y el 63% de los formadores. De lo anterior se infiere que quienes tienen empleo han contemplado como opción: abandonar el suyo en El Salvador y buscar trabajo en otro país. Una encuesta en la que participaron 4,549 deportados entre septiembre y noviembre de 2007 revela que el 69% estaban empleados cuando emigraron hacia los Estados Unidos (Dirección General de Migración y Extranjería, 2007).¹²

Estos datos confirman que la emigración está asociada no tanto a la falta de empleo como a la búsqueda de mejores condiciones laborales: mayores ingresos, más satisfacción personal y oportunidades de desarrollo (aunque el estatus de ciudadanos quede en suspenso) (PNUD, 2007). La principal razón de los sectores productivos para pensar en emigrar -mejores oportunidades- coincide con los motivos expresados por la población en general, según una encuesta de la UCA/IUDOP (2006). Del 78% de los salvadoreños 42% señala "mejorar la situación económica", 19% "mejorar" y 17% "trabajar", como las principales razones para abandonar El Salvador e irse a vivir a otro país.¹³

12. PNUD (2008). Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2007-2008. El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo. San Salvador.

13. Ibid.

La población migrante (mayormente masculina) envía remesas hacia El Salvador, siendo los receptores las mujeres e hijos con quienes habían formado hogares y/o sus familias paternas o maternas. La importancia de las remesas en la subsistencia diaria de las familias salvadoreñas es muy alta dado que el flujo de efectivo proveniente de los salvadoreños en el exterior representa un aporte esencial para toda la economía salvadoreña.

Del total de la PET, 2, 495,908 personas constituyen la Población Económicamente Activa (PEA), es decir, la parte de la PET que realiza alguna actividad económica u ofrece su fuerza de trabajo al mercado laboral. Al hacer una caracterización de la PEA por área geográfica, la EHPM 2008 reveló que el 68.9% se encuentra en el área urbana y el 31.1% en el área rural; del total de la PEA los hombres representan el 58.7% y las mujeres un 41.3%.

A nivel nacional, el ingreso promedio mensual de los hogares es de \$504.91. En el área urbana es de \$599.03 y en el área rural es de \$305.76. Esto indica que las condiciones de vida de los hogares del área rural están por debajo de las que poseen los hogares urbanos.

En el Área Metropolitana de San Salvador el ingreso promedio mensual fue de \$740.01. Cabe destacar que los ingresos de los hogares obtenidos en las diferentes áreas durante el año 2008 son superiores a los registrados en el año 2007.

Según estimaciones realizadas a partir de la encuesta de uso del tiempo, la carga de trabajo de las mujeres en El Salvador es superior en dos horas a la de los hombres. En promedio, las mujeres dedican 10 horas al día para trabajar, tanto dentro como fuera del hogar, por una remuneración o sin recibir pago alguno. Los hombres, en cambio, dedican 9 horas al día a todas las actividades que caben en la categoría de trabajo.¹⁴

A pesar de esa diferencia, El Salvador ha experimentado progresos en materia de equidad de género en el mundo del trabajo. En los últimos 15 años el incremento de la tasa neta de participación total ha estado liderado por la participación femenina que ha pasado de 33.8% en 1992 a 40.4% en 2006. Por otra parte, las mujeres están en situación de paridad con los hombres en las tasas de trabajo decente¹⁵ (19% para ambos). Asimismo, las mujeres económicamente activas cuentan en promedio con 0.6 años de estudios más que los hombres en la misma situación (7.7 y 7.1 años de estudios aprobados, respectivamente).

Es claro que aún hay mucho por hacer para alcanzar la equidad. La tasa de subempleo femenino es 14 puntos porcentuales mayor a la masculina (53.7% y 47.1%, respectivamente) y los salarios de las trabajadoras son inferiores a los de los trabajadores, representando en promedio solo el 88.5% de los masculinos, siendo los porcentajes 80.7% en el área urbana y 86.5% en la rural según datos de 2006.¹⁶

El Salvador registra bajas tasas de desempleo abierto en comparación con naciones de desarrollo humano alto. Este mercado no ofrece suficientes empleos decentes, y las opciones para alguien sin trabajo son emigrar o subemplearse. Lamentablemente el subempleo es una estrategia generalizada en el país, la gente se pone a trabajar en lo que tenga disponible aunque obtenga menos del salario mínimo.

La tasa de desempleo por sexo revela que el desempleo es mayor en los hombres, con una tasa de 7.5%, en tanto la tasa de desempleo en las mujeres es de 3.6%. Al caracterizar el desempleo por grupos de edad encontramos que es más alto en la población joven. Para

14. PNUD (2008).

15. trabajo que se realiza en condiciones de Libertad, Equidad, Seguridad y Dignidad Humana.

16. PNUD (2008).

el año 2008 el grupo de edad de 16 a 29 años registró una tasa de desempleo de 8.9%, en cambio para el grupo de 30 a 44 años de edad se obtuvo una tasa de 4.1%.

En el año 2006 el 43% de la fuerza laboral salvadoreña se encontraba subempleada y el 7% estaba desempleada. Si sumamos ambos porcentajes encontramos que la mitad de la población se encontraba en la situación de subutilización laboral.

Las poblaciones más afectadas por el subempleo son los habitantes del área rural, las mujeres, los jóvenes, y la población con escolaridad nula. El subempleo es mayor en el campo (54%), y es más alto para las mujeres (50%) que para los hombres (39%).

Salarios promedios por ramas de actividad económica

Ramas de actividad económica	Salario promedio mensual (US\$)
- Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	\$105.90
- Pesca	\$114.33
- Explotación de minas y canteras	\$164.21
- Industria manufacturera	\$247.39
- Suministro de electricidad, gas y agua	\$239.73
- Construcción	\$605.88
- Comercio hoteles y restaurantes	\$291.26
- Transporte almacenamiento y comunicaciones	\$269.63
- Intermediación financiera y actividades	\$345.63
- Inmobiliaria	\$434.89
- Administración pública y defensa	\$502.05
- Enseñanza	\$469.52
- Servicios comunales sociales y de salud	\$284.78
- Hogares con servicio doméstico	\$118.12
- Otros	\$543.53

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Año 2008

Al analizar el ingreso promedio mensual por departamento encontramos que los hogares ubicados en San Salvador y La Libertad superan el promedio nacional con ingresos de \$656.36 y \$646.91 respectivamente. Los departamentos que presentan los ingresos más bajos son: Cabañas, Ahuachapán, Morazán, con \$349.06, \$327.90, \$326.98, respectivamente.

El ingreso promedio de la población ocupada en el país es de \$ 299.96, el de los hombres es de \$317.25, mientras que el de las mujeres es de \$276.06. Es decir que el ingreso en promedio de los hombres es mayor en 14.92% al de las mujeres, aunque en los últimos años esta brecha se viene reduciendo.

Al analizar los salarios por rama de actividad económica, los más altos corresponden a las personas que ocupadas en suministro de electricidad, gas y agua, quienes en promedio percibían \$605.88 al mes, le siguen en ese orden otros (organizaciones y órganos extraterritoriales) con \$543.53, administración pública y defensa con \$502.05. En contraste, el salario más bajo corresponde a la rama de actividad económica de la agricultura, ganadería, caza y silvicultura con \$105.90 y hogares con servicio doméstico con \$118.12.

f. Pobreza

Entre los indicadores más relevantes que se obtienen a través de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008, está el indicador de la pobreza. Esta se divide en extrema y relativa. Su parámetro es el valor de la Canasta Básica Alimentaria (CBA).

Se considera en pobreza extrema a aquellos hogares que con su ingreso mensual no alcanzan a cubrir el costo de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) y en pobreza relativa a los hogares que con su ingreso mensual no alcanzan a cubrir el costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA).

- El costo de la CBA urbana en el año 2008 fue de US\$ 44.81 y el de la rural de US\$29.13.
- Para el año 2008 el costo de la CBA en el área urbana, para un hogar tipo promedio de 3.82 miembros es de \$171.20 y el de la CBA ampliada es de \$342.40.
- El costo de la CBA en el área rural, para un hogar promedio de 4.39 miembros es de \$127.90 y el de la CBA ampliada es de \$255.80.
- A nivel nacional un 40.0% de los hogares se encuentran en pobreza. El 12.4% se encuentra en pobreza extrema, mientras que el 27.6% están en pobreza relativa.
- En el área urbana el 35.7 % de los hogares viven en pobreza; el 10.0% están en pobreza extrema y el 25.7% en pobreza relativa.
- En el área rural un 49.0% de hogares se encuentran en pobreza, de los cuales el 17.5% están en pobreza extrema y el 31.5% en pobreza relativa.
- El Área Metropolitana San Salvador cuenta con el menor número de pobres, el 24.8% de hogares están en esta situación, de los cuales el 4.1% se encuentra en pobreza extrema; el 20.6% está en pobreza relativa.

g. Índice de Desarrollo Humano y de Género

Según el Informe de Desarrollo Humano El Salvador 2007/2008, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para el año 2007 (ajustado por estimaciones basadas en el nuevo censo de población) se ubica en un rango de 0.739 a 0.741, incrementándose en relación al año 2006 donde estaba comprendido entre 0.735 y 0.738. A pesar de ello la esperanza de vida se ve ligeramente inferior a la proyectada y las tasas de educación (alfabetización de adultos y matrícula combinada) han sido ligeramente inferiores. Siendo el Producto Interno Bruto (PIB) de \$20.3 mil millones de dólares para el 2007, con una renta per cápita de \$3,546.69 que coloca al país como renta media en base a la categorización del Banco Mundial.

La literatura económica apunta dos fenómenos relacionados con las desigualdades de género en el mercado laboral. El primero es la discriminación económica, atribuida a

aspectos que las personas no pueden modificar (sexo, raza, etnia, edad). El segundo es la segregación ocupacional, esto es la concentración desproporcionada de las mujeres en cierto tipo de ocupaciones (“femeninas”) o, desde otra perspectiva, la exclusión de las mujeres de ciertas actividades productivas. Los factores que explican la discriminación económica y la segregación ocupacional son tanto de demanda como de oferta. Los factores de demanda incluyen las preferencias de los empleadores o de los clientes que, según estereotipos de género (positivos y negativos), atribuyen determinadas “virtudes” o “defectos” a hombres y mujeres para ocupar los distintos puestos de trabajo.

Entre los estereotipos negativos sobre la fuerza de trabajo femenina están la trayectoria laboral más breve que la masculina, la preferencia por jornadas a tiempo parcial y la baja disponibilidad para hacer horas extra u horarios extensos. Los factores de oferta contemplan las preferencias de las mujeres y sus familias para elegir ciertas carreras profesionales, tipos de actividad o características del empleo.¹⁷

Estas elecciones responden a condicionamientos de género previos a la entrada al mercado laboral (educación, familia, influencia de los medios de comunicación, etc.), así como a las señales que se envían en el propio funcionamiento de ese mercado.

La discriminación y la segregación laboral descansan en construcciones culturales e institucionales de los mercados de trabajo, y están basadas en el sistema de género que rige las sociedades. Asimismo, explican las diferencias en las remuneraciones promedio entre hombres y mujeres. Las actitudes e ideas que califican ciertas ocupaciones como “femeninas”, son parte del sistema social y han sido aprendidas por la mayoría de los empleadores (Bergmann, 1974).¹⁸

Las prácticas empresariales, la organización de la reproducción social y la ideología prevaleciente restringen la entrada de las mujeres a un amplio rango de ocupaciones. En la mayoría de los países de América Latina no ha habido un cambio importante en la segregación laboral por sexo, de acuerdo con un estudio sobre género y trabajo decente que compara quince países de la región (Abramo, 2006). Así, por ejemplo, las mujeres continúan estando proporcionalmente más representadas dentro del conjunto de las ocupaciones del servicio doméstico, segmento que en todos los países recibe el más bajo ingreso medio. Otro hallazgo del estudio indica que en doce de los quince países examinados las mujeres están sobre-representadas entre los asalariados del sector público y en actividades independientes. En siete países ellas tienen baja participación en el segmento patronal. En once países las mujeres ingresaron a segmentos ocupacionales en mejores condiciones. Y por el contrario, en los otros cuatro países (entre los que se cuentan El Salvador, además de Brasil, Ecuador y Nicaragua) la segregación ha empeorado.¹⁹

Es claro que todavía persiste la inequidad de género en el mercado laboral salvadoreño. Podemos mencionar algunos ejemplos importantes:²⁰

- Diferencia entre el porcentaje de hombres y mujeres en la Población Económicamente Inactiva (PEI) debido a obligaciones familiares o quehaceres domésticos: en 2007, el 69% de las mujeres que no formaban parte de la Población Económicamente Activa (PEA) tenían como principales razones las obligaciones familiares y los quehaceres domésticos; en cambio, para los hombres este motivo representaba solo el 5%. El 39% de los hombres que no forma parte de la PEA señala como causa principal

17. PNUD (2008).

18. Ibid.

19. Ibid.

20. Género y Economía 2008.ORMUSA. Diplomado de Género y Economía, ORMUSA-Facultad de Economía UES.

el dedicarse a estudiar, cifra que es de solo el 14% para las mujeres. Estos datos muestran que existe una clara división del trabajo en razón del género, asignando a las mujeres la realización de labores domésticas.

- Diferencia en tasas globales de participación de mujeres y hombres en el mercado de trabajo: mide si hombres y mujeres tienen igual acceso al trabajo remunerado, que en la economía actual se constituye en la principal fuente de ingresos y en condición necesaria para la satisfacción de necesidades. Un indicador negativo refleja que para 2007 en El Salvador las mujeres tenían una tasa de participación global en el mercado laboral de 47% y los hombres de 81%, lo que implica una diferencia global de 34% desfavorable para las mujeres. Esta diferencia es de 26% para las áreas urbanas y de 50% para las áreas rurales.
- Tasa de desempleo: en El Salvador, en 2007 la tasa de desempleo de los hombres supera a la de las mujeres en 4.4%. En el área urbana esta diferencia es de 4.5% y en el área rural es de 3.8%.
- Población según condición de empleo: en el 2007 el 36% de las mujeres empleadas en el área urbana era subempleada, entre los hombres este porcentaje era del 32%. Este hecho se debe a que el trabajo de las mujeres es considerado "más flexible", y además a que algunas de ellas se dedican a actividades informales (fuertemente vinculadas al subempleo), con jornadas de trabajo de larga duración y poca remuneración, pero que les permitía combinarlas con otras tareas como el cuidado de hijas e hijos.
- Segregación según grupo ocupacional: Este indicador muestra los porcentajes de hombres y mujeres según el tipo de trabajo que desempeñan. Se pueden apreciar los datos del 2007 en el siguiente cuadro:

Personas ocupadas por sexo, según grupo ocupacional

Grupo ocupacional	Hombres %	Mujeres %
Fuerzas armadas	100	0
Directores/as y funcionarios/as	75.33	24.67
Profesionales científicos/as	57.20	42.80
Profesionales técnicos	52.36	47.64
Empleados de oficina	38.56	61.44
Comercio, vendedores	32.83	67.17
Trabajadores agropecuarios, pescadores	93.67	6.33
Artesanos y operarios	60.24	39.76
Operador de instalaciones	69.33	30.67
Trabajadores no calificados	62.24	37.76

- Participación en sectores de baja productividad o sector informal: para el 2007 había una clara disparidad de género en este sector. Los hombres en el sector formal eran el 60.4% y en el sector informal el 39.6%. Esta relación se invierte en el caso de las mujeres, observando que el 48.1% se encontraba en el sector formal y el 51.9 en el sector informal.
- Brechas salariales: ya para el año 2007 el salario promedio de una mujer en El Salvador era 18% menor que el salario promedio de un hombre, esto ante iguales responsabilidades y actividades.

En el caso de la participación política de las mujeres en El Salvador, todavía existe un rezago muy importante que se refleja claramente en la representación femenina en el poder ejecutivo, en donde podemos observar que a partir de junio de 2009 sólo hay dos mujeres como Ministras de Estado (esto representa un 16.6% aproximadamente del Gabinete del presidente Mauricio Funes); mientras que en la Asamblea Legislativa sólo hay -a partir de mayo 2009- 16 mujeres diputadas que representan un 19.5% del total de diputados.

A pesar de que el IDH ha ido en aumento en El Salvador, el Índice de Desarrollo Relativo al Género (0.715) sigue ubicando a este país en la posición 80 de 175 países considerados, mientras que el Índice de Potenciación de Género (0.467) lo ubica en la posición 62. Estos datos reflejan que todavía falta mucho camino que recorrer para alcanzar la equidad de género en El Salvador.²¹

h. Acceso a servicios básicos²²

La Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples 2008 muestra las condiciones de los hogares según la disponibilidad de los servicios básicos, e incluye: electricidad, agua por cañería, servicio sanitario y recolección de desechos sólidos.

El 91.0% de los hogares cuenta con servicio de alumbrado eléctrico; le siguen en orden de importancia aquellos hogares que utilizan candela con el 4.4%, Kerosene (gas) con el 4.2% y otros tipos con el 0.4%.

En el área urbana el 96.5% cuenta con el servicio de alumbrado eléctrico, seguido por candela con el 2.8% y la utilización de otros medios que corresponde al 0.7%. En el área rural los hogares que utilizan electricidad son el 79.4%, el 11.5% usa kerosén, el 7.9% candela y 1.2% otros medios. Para el AMSS el 98.1% cuenta con servicio eléctrico, el 1.6% utilizan candela y 0.3% otros medios.

El porcentaje de los hogares que cuentan con servicio de agua por cañería a nivel nacional es del 78.7%. Los que se abastecen de pozo de agua representan el 9.7%, y otros medios (que incluye ojo de agua, río o quebrada, camión carreta o pipa, manantial protegido y no protegido, colecta agua lluvia y otros medios) el 11.6% de los hogares.

El 89.9% de los hogares del área urbana cuentan con agua por cañería, el 4.6% se abastece de agua de pozo, el 5.5% de otros medios.

En contraste, en el área rural solo el 54.9% de los hogares cuenta con servicio de agua por cañería, mientras que el 20.5% se abastece de pozo y el 24.6% lo hace mediante otros medios.

21. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2005

22. Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples 2008. DIGESTYC El Salvador

El 94.2% de los hogares del Área Metropolitana de San Salvador (AMSS) cuenta con agua por cañería. Se abastece por pozos de agua el 0.8%, y los usa otros medios son el 5.0%.

i. Acceso a saneamiento básico²³

Según la Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples 2008, el 96.3% de los hogares a nivel nacional cuentan con servicio sanitario. En el área urbana el 98.8% dispone de ese servicio y 1.2% no disponen de él. En las zonas rurales estos porcentajes corresponden a 82.7% los que disponen del servicio y 17.3% los que no disponen de él. En el caso del área metropolitana solo son el 0.5% no cuentan con servicio sanitario.

Para deshacerse de la basura a nivel nacional, el 51.7% del total de los hogares utilizan el tren de aseo municipal (esto incluye a los que la depositan la basura en contenedores); el 0.5% lo hacen con recolección domiciliaria privada, el 36.6% la queman y la entierran, y el 11.2% la depositan en cualquier lugar. Para el área urbana se tiene que un 73.7% de los hogares cuenta con servicio de tren de aseo municipal, el 0.6% con recolección domiciliaria privada, el 19.5% la queman y la entierran, y el 6.2% la depositan en cualquier lugar.

En el área rural el 5.4% de los hogares se deshacen de la basura por medio del tren de aseo, 0.1% lo hacen con recolección domiciliaria privada, el 67.2% la queman, el 5.4% la entierran y el 21.9% la depositan en cualquier lugar. En la AMSS el 87.8% de los hogares se deshacen de la basura a través del tren de aseo municipal, el 0.7% utilizan recolección domiciliaria privada, el 7.1% la queman y entierran, y el 4.4% la depositan en cualquier lugar. No existe información desagregada por sexo en relación con los servicios básicos.

j. Acceso a tecnología de información y comunicación

En el cuadro siguiente se muestra el acceso a la tecnología de información y comunicación que tienen los salvadoreños al año 2008 según la Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples 2008.

Hogares por tipo de vivienda, según equipamiento del hogar (total país)

Equipamiento del hogar	Tipo de vivienda									
	Total	Casa priv. o indepen.	Apartamento	Condominio	Pieza en una casa	Pieza en meson	Vivienda improvisada	Rancho	Vivienda temporal	Otro
Radio	736,355	671,706	4,910	5,010	6,907	15,569	31,756	359	138	--
Equipo de sonido	783,769	737,864	7,910	8,411	6,357	8,065	14,666	424	72	--
Televisión	1,277,043	1,183,366	10,776	12,322	13,246	21,222	35,271	721	119	--
Videocasetera o DVD	676,814	637,199	7,446	9,559	5,932	9,522	7,017	67	72	--
Refrigerador	918,439	878,382	8,881	10,395	4,469	6,358	11,774	108	72	--
Lavadora	202,816	194,593	3,154	3,963	699	92	315	--	--	--
Licuadora	843,165	799,786	7,088	9,409	4,909	9,449	12,409	68	47	--
Ventilador	613,480	576,835	7,677	8,309	4,521	10,136	5,820	76	106	--
Computadora	166,086	158,045	3,786	3,042	626	546	41	--	--	--
Secadora	17,784	17,033	751	--	--	--	--	--	--	--
Máquina de coser	169,739	161,974	1,373	1,476	612	1,503	2,801	--	--	--
Vehículo	244,938	235,817	4,950	2,376	832	441	522	--	--	--
Plancha	1,209,397	1,126,494	10,489	12,391	12,160	19,017	27,987	501	358	--
Horno de microondas	230,072	222,107	3,891	2,508	261	992	313	--	--	--
Nintendo	82,380	79,733	1,200	329	123	846	149	--	--	--
Generador eléctrico	705	679	--	--	--	--	26	--	--	--

23. DIGESTYC (2008)

El cuadro refleja una relación directamente proporcional entre el acceso a la tecnología y el tipo y/o calidad de la vivienda. El contraste es evidente, por ejemplo, entre el acceso a la televisión en las casas independientes (92%) y los ranchos (5.64%). Esta misma relación se mantiene para cualquiera de los otros elementos analizados.

k. Salud

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008 (EHPM) la Esperanza de Vida al Nacer (EVN) es de 74.5 años para las mujeres y 68.3 años para los hombres.

Esta encuesta reporta que el 16.4% del total de la población sufrió alguna enfermedad o accidente, en términos absolutos esto representa un total de 1,002,131 personas. Dichas cifras incluyen a las personas que efectivamente se enfermaron y los que presentaron algún síntoma; de este total, el 45.4% fueron hombres y el 54.6% mujeres; en la zona urbana el 15.7% de la población reportó haberse enfermado, en tanto en el área rural lo hizo en 17.6%.

De la población que fue afectada por algún problema de salud, el 51.9% buscó ayuda a través de consultas a personas particulares o instituciones de salud públicas y privadas; en tanto que el 48.1% restante se automedicó o no consultó con nadie.

De la población que fue a consulta, el 65.7% lo hizo en instituciones del Ministerio de Salud, el 12.5% en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el 16.9% acudió a un Hospital o clínica particular, y el restante 4.9%, acudió al Hospital Militar (IPSFA), ONG's, programas sociales y farmacias.

La tasa bruta de mortalidad en El Salvador es de 5.84 por cada 1,000 habitantes, siendo las primeras 10 causas de mortalidad hospitalaria las siguientes: traumatismos que afectan diferentes partes del cuerpo; tumores malignos en diferentes sitios anatómicos; neumonías y bronconeumonías; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades cerebro vasculares; insuficiencia renal; enfermedades isquémicas del corazón; enfermedades del sistema digestivo; diabetes mellitus y afecciones originadas en el período perinatal.

Mortalidad materna

Según la Línea de Base de Mortalidad Materna 2005-2006 el total de muertes de mujeres entre los 10 a 54 años correspondió a 2,468. 100 de estos casos estuvieron asociados a embarazos, 50 de ellos ocurrieron por complicaciones propias del embarazo (muerte materna directa), en 32 casos el embarazo complicó una enfermedad preexistente (muerte materna indirecta) y el resto de casos (18) están clasificados como muertes maternas no relacionadas.

De las muertes maternas directas (50 casos) los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representaron el 38% y la muerte por hemorragia otro 38%, ambas constituyen las dos primeras causas de muerte materna sumando 76% del total. Las muertes por infección constituyen el 10%, y el 14% restante se debe a otras causas: hígado graso agudo del embarazo, accidentes anestésicos, embarazo ectópico, y aborto séptico.

Las causas indirectas de las muertes maternas representan el 39% y los envenenamientos auto-infringidos constituyen el 40.6% de estas. Las causas no relacionadas representan el 18% y dentro de ellas los homicidios y accidentes de tránsito fueron los más frecuentes.

De las 82 muertes maternas el 31.7% no tuvo acceso a control prenatal, el 50.9% recibió entre 1 y 5 controles. El 76.4% de las que tuvieron control prenatal se inscribió antes de las doce semanas, el 43% tenía una gravidez entre 2 y 4 embarazos y el 37% un espacio inter-genésico de 3 a 5 años. Cabe resaltar que en un 75% la complicación por la que se realizó la consulta se inició en la casa.

Entre las características socio demográficas prevalecientes en las 82 muertes maternas tenemos que un 72% estaban asociadas a oficios domésticos, 69.5% tenían nivel socioeconómico bajo, 63.4% provenían del área rural, el 19.5% eran iletradas, 34% tenía primaria incompleta y el 78% eran madres solteras y/o acompañadas. Se concluyó que la razón de mortalidad materna a nivel nacional para el período estudiado es de 71.25 por 100,000 nacidos vivos.

El estudio (Línea de Base de Mortalidad Materna 2005-2006) también permitió identificar que la causa principal de muerte en la mujeres de 10 a 54 años son los tumores o neoplasias con el 21.8% y de éstos el cáncer cérvico uterino con un 32.8% como primera causa. También se identificó que un 17.5% de las muertes registradas en las alcaldías están mal definidas en su causa básica, incidiendo esto en la inadecuada clasificación de las muertes.

En general, la mortalidad materna en El Salvador ha caído de 120 por cada 100,000 NV²⁴ en 1999 a 44.86 por cada 100,000 NV en 2008. Esto refleja el intenso y continuo trabajo realizado por las diferentes instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales que trabajan en los temas del embarazo, parto y puerperio.²⁵

Salud sexual y reproductiva

Determinantes de la fecundidad

En la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2008) se recolectó información sobre diversos factores determinantes de los niveles y tendencias de la fecundidad de un país o región, siendo entre otros: la nupcialidad, la exposición al riesgo de embarazo, la actividad sexual reciente, el intervalo entre los nacimientos, la amenorrea y la abstinencia sexual postparto.

Los resultados indican que el 54.3% de las mujeres de 15 a 49 años viven en unión conyugal, prevaleciendo entre ellas la unión consensual (29.3%).

Con respecto a la exposición al riesgo de embarazo, se encontró que la edad mediana a la primera relación sexual (18.4 años) y la edad mediana a la primera unión (19.9 años) no cambiaron desde FESAL-2002/03, pero la edad mediana al primer nacimiento (20.8 años) subió 0.3 años (casi 4 meses) en el último quinquenio. El 61.4% de los nacimientos en los últimos 5 años fue planeado; el 19.7% fue deseado pero no planeado (no previsto); y el 18.9% fue no deseado. Los mayores porcentajes de hijos(as) no deseados(as) se encuentran

24. Programa de atención a la mujer, MSPAS, El Salvador

25. Variables e indicadores del MSPAS, El Salvador, enero-diciembre del 2008

en los siguientes grupos de mujeres: según la edad de la madre al nacimiento, en el grupo de 40 a 49 años (45.9%); según el estado familiar o civil actual, en el grupo de solteras (37.5%), según el número de hijos/as tenidos/as, en el grupo que tenía 6 ó más hijos/as (33.2%).

Estos hallazgos son consistentes con los que se encuentran en el desglose de la fecundidad observada deseada y no deseada, ya que la TGF deseada para los últimos 5 años es de 2 hijos/as por mujer, lo cual resulta ser una quinta parte (20%) menor que la TGF observada (2.5 hijos/as por mujer). La TGF deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se hubieran evitado.

Es evidente que el nivel educativo de la mujer influye de forma determinante en la fecundidad. Entre las mujeres que tienen 10 ó más años de escolaridad las edades medianas resultan ser mayores que entre quienes no tienen educación formal: 4.7 años a la primera relación sexual, 6.5 años a la primera unión marital y 5.7 años al primer nacimiento.

En El Salvador las mujeres de 15 a 24 años representan un poco más de un tercio del total de mujeres de 15 a 49 años de edad (36% de la población, según censo de población 2007). La exposición temprana de este sector importante de la población al embarazo o a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, se constituye en un factor determinante de los niveles de fecundidad de la población, representa graves repercusiones en su salud sexual y reproductiva, y puede truncar sus proyectos de vida.

Los resultados del FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18% tiene al menos un/a hijo/a actualmente vivo/a, cifra que asciende al 56% en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos. También se encuentra que una de cada 5 mujeres de 15 a 19 y una de cada 2 de 20 a 24 años de edad, está actualmente casada o unida.

Primera experiencia sexual y uso de anticonceptivos

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como pre-marital que la marital: 26.4% en el grupo de 15 a 19 años y 54.5% en el grupo de 20 a 24 años de edad. El porcentaje cuya primera relación sexual fue pre-marital asciende rápidamente de 11.3% entre las mujeres de 15 años de edad actual a 43% entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar 62% en el grupo con 24 años de edad. Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 28.2% reportó que usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, porcentaje que varía de un 16% cuando la relación fue marital a un 32% cuando fue pre-marital. En cuanto a las diferencias de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual por área de residencia, nivel educativo y según región de salud, el porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual varía del 21% en la Occidental al 40% en la Metropolitana.

El uso de anticonceptivos durante la primera relación sexual se incrementó de 9.5% según datos de FESAL-1998 a 28% registrado en FESAL-2008. Este incremento se nota más en la primera relación clasificada como pre-marital (de 12.6 a 32%).

De acuerdo a los resultados de FESAL-2008, entre las mujeres cuya primera relación fue marital y no usaron anticonceptivos, las razones más frecuentes para no hacerlo fueron “quería embarazo” (30.4%), “no los conocía” (15.4%) y “no esperaba tener relaciones sexuales en ese momento” (10.4%). Por su parte, entre quienes su primera relación fue pre-marital y no usaron, las dos razones más frecuentes fueron “no esperaba tener relaciones en ese momento” (40.9%) o “no los conocía” (15.1%). La oposición de la pareja resultó muy similar con la reportada por quienes tuvieron su primera relación marital (alrededor del 8%).

Aún cuando el uso adecuado del condón puede proteger contra los embarazos no deseados y contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, sólo el 22.3% de las mujeres de 15 a 24 años de edad cuya primera relación sexual fue pre-marital usó el condón en esa oportunidad, sin variación entre el grupo de 15 a 19 y el grupo de 20 a 24 años de edad; Por diferencia, prácticamente 4 de cada 5 mujeres de 15 a 24 años de edad tuvieron una relación pre-marital desprotegida ante el VIH.

Al averiguar si la mujer había usado condón en la última relación sexual del último año, se observó que en el área urbana el 7% respondió afirmativamente, casi duplicando las respuestas afirmativas de la mujer en el área rural en donde sólo el 3.8% manifestó haber usado un condón.

Primer embarazo y sus consecuencias

Prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo. Es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como pre-marital (22.1 contra 17%).

El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o pre-marital) asciende rápidamente del 8.4% entre las que tienen 15 años de edad a un 43% entre quienes tienen 19, hasta llegar al 73% en el grupo de 24 años de edad actual.

Un 29% de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, porcentaje que resulta ser el doble en el caso del embarazo que se clasifica como pre-marital comparado con el que se clasifica como marital (41.2 contra 20.2%), y desciende del 39% entre las que tenían menos de 15 años cuando quedó embarazada, al 24.2% entre las que tenían de 20 a 24 años.

Las razones más frecuentes para pensar que no saldrían embarazadas fueron: “no tenía relaciones frecuentes” (18%), “falta de información” (18%), “era la primera vez” (16.4%); y “creía que no estaba en su período fértil” (13.1%).

El 42.5% no planeó su primer embarazo, porcentaje que varía del 23.3% entre las relaciones clasificadas como maritales al 67.4% para las pre-maritales. Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el sistema educativo de El Salvador, ya que en los centros educativos sólo un 70% de las mujeres de 15 a 24 años reporta que recibió información sobre el embarazo y un 64% sobre los métodos anticonceptivos.

Después de terminado el primer embarazo, el 41.4% que estudiaba cuando supo que estaba embarazada no volvió a estudiar y el 22.5% que trabajaba no volvió a trabajar.

Entre las que no volvieron a estudiar las tres razones más frecuentes fueron: "No tenía con quien dejar al(a) niño(a)", "ya no quiso continuar" y "tenía que trabajar" (37.4%, 24.1% y 12.2% respectivamente). Por otra parte, entre las que no volvieron a trabajar, las razones más frecuentes fueron "no tenía con quien dejar al niño(a)" (57.1%) y "oposición del esposo o compañero" (26.9%).

En El Salvador se ha avanzado mucho en la reducción de la mortalidad infantil. En 1997 la mortalidad infantil era de 22.4 por cada 1000 NV y en 2008 bajó a 11.35 por cada 100 NV.²⁶ Esto evidencia los esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales para la reducción a la mitad de la mortalidad infantil en 11 años.

3.2. Dimensiones del VIH, políticas y respuestas sociales

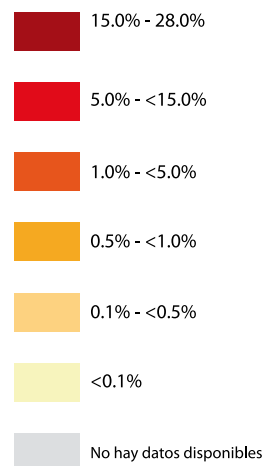
ONUSIDA en su Informe Anual de mayo del 2006 estima que en Centroamérica para 2005 vivían con VIH y SIDA 195,400 personas (con un rango por país entre 114,500 y 352,700), de estos el 32.2% de los casos se concentran en Honduras, 31.2% en Guatemala, 18.4% en El Salvador, 8.7% en Panamá, 3.8% en Costa Rica, 3.7% en Nicaragua y 1.9% en Belice.

En 1984, El Salvador registra el primer caso de SIDA y hasta diciembre del 2008 se contabilizan un total de 22,210 casos de PVVS, catalogándose 13,722 como infección por VIH y 8,488 en fase SIDA.²⁷

ONUSIDA estimó en el 2006 que el número de personas viviendo con VIH en El Salvador era de 36,000 y lo clasifica como un país con una epidemia concentrada de baja prevalencia en la población general. Lo anterior calculando que en el país podría existir un sub-registro estimado del 40 al 50%. Para el año 2008 se tiene un registro de 8,276 mujeres con VIH contra 13,934 casos de VIH en hombres.²⁸

Respecto a los grupos de edad, el número de casos de VIH-SIDA en la población de 20 a 34 años representan el grupo predominante afectado (51%), sin embargo las poblaciones entre los 15 y 49 años conforman el 80% del total de casos denotando que la mayor incidencia se concentra en personas económicamente productivas, en edad reproductiva y sexualmente activas.

Prevalencia (%) en adultos



ONUSIDA. "Panorama general de la infección por el VIH - Prevalencia (%) estimada del VIH en adultos para los países en 2007", <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>

26. Evolución de la mortalidad infantil 1997-2007. MSPAS, Dirección de Planificación.

27. Resumen de casos de VIH - sida notificados en El Salvador, 1984 - 2008. MSPAS

28. Ibid.

De acuerdo a la procedencia geográfica de los casos, los departamentos de San Salvador, Sonsonate y La Libertad ocupan los tres primeros lugares en orden descendente y suman el 68% del total de casos.

La relación sexual ha sido la principal forma de transmisión del VIH con un 82% del total de casos. Dentro de esta categoría la mayor concentración de casos se observa en el grupo autodenominado como heterosexual (91%) seguido por los autodenominados homosexual y bisexual (9%).

Se observa que durante los últimos 6 años hay una tendencia descendente de la tasa de infección por VIH/SIDA de 31.5/100.000 habitantes en 2001 a 24.4/100.000 habitantes en el 2006, lo que representa una disminución del 22%. Esto es el reflejo de los esfuerzos realizados en las labores educativas y preventivas realizadas no sólo por el gobierno de El Salvador a través del MSPAS y el ISSS, sino también gracias al trabajo continuo de las organizaciones no gubernamentales y la propia sociedad civil. El aumento en la disponibilidad de condones así como el incremento en su uso también influye en este descenso. Por otro lado, se ha visto una mayor toma de conciencia en los y las trabajadoras del sexo quienes cada vez más exigen el uso de mecanismos de protección contra el VIH.

Durante el periodo de 2002 a 2006 la red de hospitales del Ministerio de Salud ha reportado un promedio 1.600 hospitalizaciones por SIDA anualmente, con 9 días de estancia hospitalaria en promedio. Aun cuando para el año 2006 la mortalidad por SIDA no figura dentro de las primeras 10 causas de muerte de la población en general, se constituye como la segunda causa de muertes hospitalarias en grupos de 25 a 59 años de edad y la tercera causa de muerte en grupos de 20 a 24 años.

Según la Dirección de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) para el año 2005 la mortalidad por VIH ocupaba el quincuagésimo lugar de mortalidad general del país y fue la segunda causa de muerte en el grupo de 25-29 años de edad y la sexta causa de muerte de 20 a 59 años.

Durante los últimos 4 años se ha mantenido una tendencia estable en relación al número de casos de VIH-SIDA reportados que varía entre un rango de 5.5 a 4.5 de personas infectadas con el virus diariamente.

Resumen de la Epidemia VIH-SIDA en El Salvador, años 2004 al 2008

Componente	2005	2006	2007	2008
Casos de VIH-SIDA acumulado por año	16,313	18,018	20,095	22,210
Casos nuevos de VIH por año	1,219	1,291	1,651	1,799
Casos nuevos de SIDA por año	431	414	426	316
Casos nuevos de VIH-SIDA por año	1,650	1,705	2,077	2,115
Relación de casos de VIH-SIDA Hombre- Mujer	1.3: 1	1.7:1	1.5:1	1.7:1
Grupo Etario con mayor número de casos	25-35	25-35	20-35	20-35
Principal forma de transmisión del VIH	Sexual 85%	Sexual 85%	Sexual 85%	Sexual 86.3%

3.2.1. Feminización del VIH

Desde que se notificó el primer caso de SIDA en el año 1984 hasta diciembre del 2006, se han contabilizado un total de 18,018 personas viviendo con VIH (73% área urbana, 25% rural y 2% ignorado), cuya tasa anual por 100,000 habitantes se ha incrementado de 5.4 en 1991 a 24.4 en el 2006; sin embargo, durante los últimos 6 años (2001-2006) hay una tendencia descendente de la tasa de infección por VIH/SIDA de 31.5/100.000 habitantes en 2001 a 4.4/100.000 en el 2006, lo que representa un 22%.

Por otra parte, los casos acumulados de SIDA hasta diciembre del 2006 suman un total de 7,746 casos, cuya tasa anual por 100,000 habitantes se ha incrementado de 2.6 en 1991 a 5.9 en el año 2006, evidenciándose un descenso a partir del 2004.

El número de municipios en los que se están reportando casos de VIH/SIDA se ha ido incrementando con el correr de los años, evidenciando una mayor diseminación de la enfermedad en el territorio nacional. Lo anterior puede deberse al aumento de las prácticas de riesgo, mejores sistemas de vigilancia y mayor disponibilidad de la prueba de VIH a nivel nacional.

Debido al temor que existe de enfrentarse a esta fatal enfermedad entre la población, en El Salvador existe un sub-registro de casos que podría ser de 30 o 40%. Diversas organizaciones no gubernamentales que velan por los infectados tales como la Fundación Atlacatl y FUNDASIDA sostienen que en el país hay un estimado de 50 mil casos de VIH-SIDA.

A pesar de que la relación de casos VIH se mantiene mayor para el hombre (1.7:1), la mujer sigue siendo considerada la mayor víctima de la transmisión, dado que el hombre sigue teniendo conductas sexuales mucho más promiscuas y sin protección en comparación a la mujer.

El conocimiento sobre el VIH-SIDA en las mujeres de 15 a 49 años es de 96.1%, pero ha sido obtenido de manera espontánea en el 65.4% de las mujeres del área urbana, mientras que en el área rural sólo el 50.1% de las mujeres han obtenido conocimientos espontáneos sobre la enfermedad. El conocimiento dirigido o proporcionado por fuentes informadas no alcanza ni siquiera a la mitad de las mujeres, esto obliga a pensar que todavía queda camino por recorrer en cuanto a la diseminación de la información ya que de lo contrario se corre el riesgo de que las mujeres reciban información tergiversada.

En cuanto a las formas de prevención, el 72% de las mujeres en el área urbana y el 60.3% de las mujeres en el área rural conocen al menos dos formas correctas de prevenir el VIH. Sin embargo el uso efectivo del condón sigue siendo bajo.

3.2.2. Mortalidad por SIDA

En el año 2008 el Ministerio de Salud reporta una reducción del 30% de la mortalidad por síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), esto gracias a la batalla implementada contra la enfermedad. Esta batalla se basó en el desarrollo de medidas preventivas cada vez más intensas como compañías de educación (dirigidas a la población en general, población escolar, poblaciones de alto riesgo, etc.), aumento en la disponibilidad de condones gratuitos

y medidas de atención directa en el mejoramiento de los servicios gubernamentales para PVVS y casos de SIDA (como aumento en la disponibilidad de antirretrovirales).

De enero a junio del año 2008 han muerto por SIDA 125 salvadoreños y del 2000 al 2007 se contabilizan tres mil 625 casos de mortalidad.

La reducción es producto del acceso universal al tratamiento antirretroviral que tienen los infectados.

Desde enero de 1984 a abril de 2008 se registran un total de 20.095 casos, de los cuales 11.923 corresponden a infectados con el VIH y 8.172 a personas con SIDA.

3.2.3. Nivel de conocimiento sobre formas de evitar el VIH

Según la Encuesta FESAL 2008 en El Salvador el 99.1% de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) ha oído hablar del VIH/SIDA. Esta cifra se conforma por el 52.7% que lo mencionó espontáneamente y el 46.4 que lo mencionó en forma inducida. Para profundizar en el conocimiento general del VIH, se formuló una serie de preguntas considerando que existe conocimiento si las mujeres dieron las siguientes 5 respuestas correctas:

- a. Tener sólo una pareja fiel puede prevenir la transmisión del VIH;
- b. El uso de condones en todas las relaciones puede prevenir la transmisión del VIH;
- c. Una persona de aspecto sano puede tener VIH;
- d. Los mosquitos o zancudos no transmiten el VIH; y
- e. No se puede infectar del VIH al usar tenedores, vasos u otros utensilios usados por una persona con SIDA.

Se encontró que solamente el 24.2% del total de mujeres de 15 a 49 años de edad supo dar las 5 respuestas correctas. Esta cifra sube al 27.3% al retomar únicamente el grupo de mujeres de 15 a 24 años de edad. Mientras que alrededor del 95% del total de mujeres en edad fértil y del grupo de 15 a 24 años sabe que la fidelidad mutua puede prevenir la transmisión del VIH, solo 40% del total de mujeres y 46% del grupo entre 15 y 24 años saben que el VIH no se transmite por picadoras de mosquitos o zancudos.

Alrededor del 80% de las mujeres de 15 a 24 años mencionó que el uso de condones en todas las relaciones sexuales puede prevenir la transmisión sexual y el 76.1% sabe dónde puede obtenerlos, aunque sólo el 7% de las mujeres en el área urbana acepta haber usado condón en su última relación sexual y en el caso de la mujer del área rural, sólo el 3,8%. El conocimiento de al menos un lugar para obtener los condones varía del 66.1% en el área rural al 84.8% en la urbana y del 50.4% entre quienes no tienen educación formal al 93.3% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad.

El 86% del total de mujeres sabe que el VIH puede transmitirse de la madre al/a hijo/a, pero al preguntar por periodos específicos el 79.7% mencionó que se puede transmitir durante el embarazo, el 76.1% durante el parto y el 77% por la lactancia materna. Al contrario, sólo el 63.4% mencionó que se puede prevenir evitando la lactancia materna.

3.2.4. Conductas, riesgos y vulnerabilidades al VIH

El 86.3% de las mujeres de 18 a 49 años de edad considera que se les debe hablar a los/as niños/as de 12 a 14 años sobre el uso del condón para protegerse del SIDA, esta cifra es de 75.4% en el grupo sin educación formal y 91.2% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad. Sin embargo sólo el 14.4% de mujeres de 15 a 49 años que ha oído hablar del VIH/SIDA está libre de la carga de estigma y discriminación a las personas que viven con el VIH. Esta cifra varía poco por área y departamento de residencia y región de salud, incluso por nivel educativo.

Entre las mujeres que han oído hablar del VIH/SIDA el 20.3% considera que tiene algún riesgo personal de contraer el virus, el 68.4% piensa que no tiene riesgo y el 11.2% no sabe. El porcentaje que percibe algún riesgo de contraer el VIH/SIDA es más alto en el área urbana (23.4%) que en el área rural (16.3%) y con la excepción del grupo con 10 ó más años de escolaridad, el porcentaje que percibe riesgo se mantiene entre el 16 y 19%. Según región de salud la percepción de riesgo varía del 16% en la Occidental al 26.1% en la Metropolitana.

Entre las razones para percibir riesgo la mayoría se asocia a la infidelidad o desconfianza de la pareja (48.7%), contra un 11.1% que respondió que “no sabe con quién se junta ella” y el 0.4% de infidelidad propia. Las otras dos razones mencionadas con alguna frecuencia considerable son las asociadas al temor de “mala praxis” en los establecimientos de salud (12.2%), así como al riesgo profesional en su desempeño laboral (6.2%). Al contrario, entre las mujeres que no perciben riesgo de contraer el VIH, el 40.7% reporta que es por no tener actividad o pareja sexual y el 36.9% porque conoce bien a su pareja. El 11.4% menciona que es porque tiene sólo una pareja sexual y solamente el 1.1% porque usa el condón.

Del total de mujeres en edad fértil el 39.1% reportó que se había hecho la prueba del VIH en alguna oportunidad, cifra que se conforma por el 32.6% desde enero de 2005 y 6.5% antes de esa fecha. Sin embargo sólo el 28.6% reportó que se la hizo en forma voluntaria y que recibió el resultado. Restringiendo el análisis al grupo de mujeres cuyo último embarazo terminó a partir de enero de 2005, los datos indican que el 72.1% se hizo la prueba del VIH durante el embarazo y que el 64.7% se la hizo voluntariamente y recibió el resultado. De todas las mujeres entre 15 y 49 años que se hicieron la prueba del VIH (15.6 % de las encuestadas) el 5.6% se la hicieron en algún establecimiento del MSPAS, el 3.6 en el ISSS, el 2.7% en hospital/clínica privada, el 2.1% en laboratorio clínico privado, y el 0.9% en otro lugar no especificado.

Según región de salud la proporción que se hizo la prueba alguna vez varía del 35.3% en la región Occidental al 43.8% en la Metropolitana y la proporción que se la hizo alguna vez en forma voluntaria y recibió el resultado varía del 24.9% en la Central al 31% en la Metropolitana. El porcentaje de mujeres que se hizo la prueba del VIH durante el último embarazo hasta enero de 2005, varía de 69% en las regiones Para-central y Oriental a 78.5%

en la región Metropolitana, y el porcentaje que lo hizo de forma voluntaria y recibió el resultado varía de 60% en la región Occidental a 70% en la Metropolitana.

Del total de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvo su última relación sexual durante el año previo a la entrevista el 8% reportó que usó el condón en esa ocasión. Esta cifra desciende de 11.6% entre las mujeres de 15 a 24 años a 8.7 en el grupo de 25 a 34 y baja al 5.2% en el grupo de 35 a 49 años. Según región de salud varía del 5% en la Occidental al 12% en la Metropolitana.²⁹

Entre las mujeres que reportaron que su última relación fue con el cónyuge el 5.2% hizo uso del condón en esa ocasión, pero entre quienes la tuvieron con otra pareja sexual fue del 21.1%. Cabe aclarar que en general las mujeres que reportaron que su última relación fue con una persona que no cohabita o no es su cónyuge son mujeres solteras, separadas, viudas o divorciadas.

En el caso particular de las mujeres solteras de 15 a 24 años de edad, el 13.2% reportó que tuvo su última relación sexual (identificada como pre-marital) en el año previo a la entrevista, cifra que asciende del 9.1% en el grupo de 15 a 19 años al 22.5% en el grupo de 20 a 24 años. De ese 13.2% el 28.4% reportó que usó el condón en esa última relación pre-marital, sin diferencia entre ambos grupos de edad.

Un indicador de riesgo potencial de transmisión del VIH es el porcentaje que tiene relaciones sexuales sin estar en unión conyugal o con personas que no cohabitan. Del total de mujeres de 15 a 49 años el 17.5% reportó que su última relación sexual en el año previo a la entrevista la tuvo con una pareja con la cual no cohabita. Esta cifra varía del 13.7% en el área rural al 20.5% en la urbana.

3.2.5. Respuesta en torno al VIH/SIDA

Según un boletín informativo del Banco Mundial (junio 2006) sobre la situación del VIH/SIDA en El Salvador, las medidas por parte de MSPAS, la sociedad civil y agencias internacionales contra el VIH/SIDA en comenzaron en 1984, al registrarse el primer caso en el país. En ese año se conformó la red PREVENSIDA, actuando en la prevención general y específica de la epidemia entre personas en condiciones de vulnerabilidad (HSH, TS). En el año 2001 la Asamblea Legislativa aprobó la Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el VIH, cuya formulación nació en un contexto de consenso entre los grupos de la sociedad con respecto a la manera de abordar la lucha contra la epidemia. Según USAID la ley número 588 que fue ratificada en noviembre del 2001, originalmente incluía una provisión que permitía la realización de exámenes de VIH obligatorios a empleados, pero esta fue removida antes de su ratificación.

Aunque todos los países de la región tengan un marco legal para dar atención en salud a PVVS, se han notado muchos casos de discriminación en los cuales las PVVS se han visto obligadas a acudir a instancias judiciales para defender sus derechos. Un órgano regional como el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) podría permitir una integración de los marcos legales a nivel regional. Además, se trabaja en elaboración de propuestas para reformar los Códigos de Trabajo y Penal, a fin de garantizar la protección de los derechos laborales de las PVVS.

29. FESAL (2008)

Un estudio de la línea base sobre estigma y discriminación en VIH/SIDA realizado en El Salvador utilizó el protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA. De los siete aspectos que se evalúan en esta materia, desde el punto de vista legal, hay básicamente dos puntos que se contemplan en la legislación salvadoreña de forma condicionada y asociada a la salud general. Estos se refieren a la realización de la prueba de VIH sin conocimiento, y la notificación obligatoria del estado serológico respecto al VIH/SIDA a la pareja y/o familiares. El artículo 16 de la Ley de VIH-SIDA indica que solo se obligará a la realización de la prueba del VIH por criterio médico cuando se trate de donación de leche materna, sangre, semen, órganos o tejidos y cuando se requiera para fines procesales penales. Las personas diagnosticadas con VIH deben notificarle a su pareja habitual u ocasional sobre su estado serológico. Hay tres formas de discriminación arbitraria que ocurren en la práctica: denegación de tratamiento por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA, realización de pruebas de VIH sin conocimiento y falta de confidencialidad. Además hay dos aspectos que no se presentan en la legislación ni en la práctica. Uno se refiere a los controles sanitarios, cuarentena, internamiento obligatorio y/o segregación en hospitales, dispensarios, residencias, etc. y el otro a la negativa a informar a una persona de los resultados de las pruebas del VIH.

El estudio de la Organización Panamericana de la Salud sobre estigma y discriminación por el VIH/SIDA afirma que en el Sector Salud en América Latina y el Caribe “Existen en la práctica acciones discriminatorias”, siendo las más comunes: tratamiento tardío y falta de retención en la atención. Según estadísticas de la Asociación Atlacatl, es común la denegación de tratamiento (Estudio de la Organización Panamericana de la Salud sobre Estigma y Discriminación por el VIH-SIDA en el Sector Salud en América Latina y el Caribe, año 2003). Según las estadísticas de las organizaciones Atlacatl, Flor de Piedra y Huellas de Ángel se registran denuncias de tratos diferentes por la presunción de ser portadoras de VIH/SIDA a la población que éstas atienden. Se sugirió que el ejercicio del protocolo de discriminación arbitraria de ONUSIDA debería incorporar el concepto de temporalidad de los actos de discriminación arbitraria, con el objetivo de no penalizar de igual forma la discriminación recurrente y aquella cuyas causas se hayan corregido.

La investigación efectuada dió a conocer que reglamentos internos de hospitales propician prácticas discriminatorias, principalmente en lo que se refiere a las pruebas del VIH sin consentimiento. El MSPAS reconoce estas prácticas y las argumenta diciendo: “Cuando se hace una prueba sin conocimiento, éstas se amparan en la ley, cuando es para tratamiento... la ley faculta para ello” menciona un empleado del MSPAS. La anterior situación se refiere principalmente al caso de las embarazadas, basándose en que el médico tiene que establecer un diagnóstico de salud de la embarazada. La justificación se basa en el artículo 16 de la ley del VIH/SIDA que en su literal “a” expresa como excepción: “que a criterio del médico, exista necesidad de efectuar la prueba con fines exclusivamente de la atención de salud del paciente, a fin de contar con un mejor criterio para establecer diagnóstico y terapia; esta circunstancias deberá de constar en el expediente clínico respectivo”.

Se considera que falta consistencia entre el Código Laboral y la Ley de VIH/SIDA. La legislación salvadoreña prevé la protección de las PVVS del estigma y la discriminación en el ámbito laboral. Sin embargo recién en el 2004 se derogó el literal “d” del artículo 16 que autorizaba la prueba VIH para aspirar a un puesto de trabajo. El estigma y la discriminación han sido señalados en diferentes pronunciamientos por estadísticas de Fundación Atlacatl y testimonios de asociaciones como Funda Huellas (por ejemplo: la prueba obligatoria

antes de la contratación, pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo, falta de confidencialidad sobre el estado serológico respecto al VIH/SIDA y el despido o cambio en las condiciones de empleo por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA). Las pruebas obligatorias durante el desempeño del trabajo constan en el Código de Trabajo en el artículo 31: Obligaciones de los Trabajadores, el literal 10 establece: “someterse a examen médico cuando sean requeridos por el empleador o por las autoridades administrativas con el objetivo de comprobar su estado de salud”. Esto contradice a la Ley del VIH/SIDA, la cual contempla el artículo 16: “se prohíbe la solicitud de pruebas para el diagnóstico de infección por VIH de forma obligatoria cuando no es para diagnóstico y terapéutica”. Muchos reglamentos internos de trabajo de diferentes instituciones se copian del Código de Trabajo, agregándoles artículos específicos a la actividad y al interés de cada empresa, siendo de esta forma aprobados por el Ministerio de Trabajo.

Otros problemas reportados son la falta de confidencialidad sobre el estado serológico VIH/SIDA y despidos o cambios en las condiciones de trabajo debido a los resultados de las pruebas serológicas. En cuanto a procesos judiciales, no hay indicios de formas de discriminación arbitraria judicial/legal ni de sanciones administrativas para determinados comportamientos (prostitución, relaciones sexuales entre hombres) que se consideran favorables a la propagación de VIH, o sanciones penales en casos de transmisión deliberada del VIH. Tampoco existen evidencias de que a las personas que viven con el VIH/SIDA se les haya denegado el derecho de proceso o limitado el derecho a la interposición de recursos (por ejemplo: apelación, revisión o los derechos de representación, entre otros).

Los mayores problemas de estigma y discriminación se reflejan en el sistema penitenciario. En 2004 se reportó falta de atención médica y acceso a medicamentos para la población reclusa. En lo relacionado al examen médico de ingreso el artículo 112 de la Ley Penitenciaria señala: “todo imputado o condenado, al momento que ingrese a un centro penitenciario deberá ser examinado por el médico del centro a fin de establecer su estado general de salud y tomar las medidas pertinentes de acuerdo a la ley”. En lo relativo al Registro de los reclusos la Ley Penitenciaria, se encontró que no se llevan registros que podrían probar que en los exámenes de laboratorio para el ingreso a los penales se exige la prueba del VIH/SIDA. Sin embargo en el caso de la visita íntima, de acuerdo a fuentes no oficiales, se exige dicha prueba como requisito para el ingreso al programa.

En cuanto a la entrada y/o residencia en el país hay dos aspectos de discriminación. Uno referente a las pruebas obligatorias, declaración del estado serológico o certificado de VIH negativo como condición de entrada, residencia o libertad de movimiento en un país, (aunque por una disposición del Ministerio de Gobernación no se practica actualmente). La solicitud de prueba del VIH/SIDA para optar por la ciudadanía de salvadoreño está vigente en la legislación del El Salvador. El otro aspecto se refiere a la expulsión por estado serológico respecto del VIH/SIDA sin los procedimientos apropiados que están contemplados en la Ley de Extranjería. La Asociación Atlacatl presentó un escrito ante el Ministerio de Gobernación que explica la violación a la Ley de VIH/SIDA que se comete al exigir tal prueba, logrando su eliminación. Sin embargo aún queda a discreción de los Titulares del Ministerio de Gobernación exigir la prueba de VIH/SIDA si no se hace una modificación al artículo 38 numeral 6° de la Ley de Extranjería.

Los dos aspectos, evaluados en el contexto puramente legal, determinan que en el ámbito de la educación no existe ningún instrumento jurídico que niegue el acceso o que imponga restricciones a la educación por razón del estado serológico en torno a VIH/SIDA. Sin embargo la denegación del acceso a la educación por esa razón ocurre en la práctica. En la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, por acuerdo a Junta Directiva, no se permite el acceso a dicha carrera a PVVS argumentando normas de bioseguridad. A los médicos aspirantes a residentes de varias facultades de Medicina (Universidad Evangélica y Universidad de El Salvador) se les exige como requisito la prueba del VIH durante la etapa de residencia médica en los hospitales. La misma situación se presenta también en la Escuela Nacional de Agricultura.

En la vida familiar y reproductiva se evaluaron cuatro aspectos, no encontrando ninguna norma legal que exija pruebas prematrimoniales y prenatales obligatorias, ni aborto o esterilización obligatoria de las mujeres con VIH/SIDA. En la práctica, sin embargo, hay casos de pruebas prematrimoniales obligatorias y de aborto o esterilización en mujeres con el VIH/SIDA. No se encontraron indicios de casos relacionados con pruebas prenatales obligatorias o del retiro o modificación de las condiciones de ejercicio de la custodia prenatal, apoyo y derechos sucesorios por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Algunas congregaciones evangélicas exigen la prueba del VIH como condición para realizar un matrimonio religioso.

En la Guía para la Prevención de Transmisión Materno-Infantil del VIH (MSPAS) no se estipula la obligación de esterilización, pero en el apartado “Prevención Secundaria, Prevención de TMI en los futuros padres y madres infectados” se hace mención a la “estimulación a métodos de planificación”, dejando a criterio del personal médico el hecho de que bajo la figura de “estimulación” se pueda obligar a optar por métodos de planificación permanente.

En cuanto a vivienda, existe discriminación al negar el acceso a créditos para vivienda a PVVS tanto a nivel de la banca privada como del Fondo Social para la Vivienda. Los formularios de las compañías de seguros han incluido el VIH en la lista de las enfermedades que son de alto riesgo, dando como resultado la negación del seguro de préstamo. En cuanto a seguros y otros servicios financieros, no hay incidentes de negación o restricción de acceso al seguro social o seguro nacional por razón del estado serológico respecto al VIH/SIDA. Sin embargo, tal como se ha mencionado antes, existen formularios bancarios y de aseguradoras donde se solicita a la persona una declaración jurada, en la que deben manifestar que no han sido diagnosticadas con VIH/SIDA y donde se autoriza a médicos, hospitales, clínicas y laboratorios a proporcionar datos e informes a las compañías aseguradoras sobre el estado del salud.

La Asociación Atlacatl es una de las instituciones encargadas de llevar los registros de denuncias por violación de los derechos de una persona viviendo con VIH/SIDA. Entre los actores que apoyan la formulación y aprobación de los instrumentos jurídicos está la Alianza Estratégica de la Legislación en VIH/SIDA. La Alianza esta compuesta por el Programa Nacional del VIH/SIDA, FUNDASIDA, PASMO, Asociación Atlacatl, Asociación Entre Amigos, Asociación de Mujeres de Flor de Piedra, CEMUJER, ONUSIDA, Médicos del Mundo-España, PASCUA, UNICEF y REDSAL. Entre sus principales logros está la Ley del VIH y su Reglamento y la reforma de los Códigos de Trabajo y Penal. Otro actor importante es la Red Nacional de Derechos Humanos, la cual forma parte de la Red Regional de DDHH y su labor es velar por el cumplimiento de los instrumentos jurídicos y los derechos humanos de los PVVS.

La Alianza Estratégica, constituida al tiempo que se trabajó en la legislación en VIH/SIDA, es un organismo que cuenta con legitimación y apoyo del gobierno y en el se integran las ONG pro defensa de los derechos humanos, las ONG en el campo de la prevención, PREVENSIDA, organizaciones como PASCA y actores de instituciones del Gobierno. Con la ley se establece la responsabilidad del estado en la atención integral de la infección, dando lugar a la creación de la Comisión Nacional Contra el Sida (CONASIDA) como un órgano de alto nivel político y de carácter interinstitucional e intersectorial.

En el marco de la respuesta nacional al VIH/SIDA se adoptó la legislación con miras a enfocar las epidemias desde el punto de vista técnico y político. De esta manera se crea también la Política Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA y el Plan Estratégico Nacional del VIH/SIDA 2005-2010. El apoyo del Fondo Mundial, ONUSIDA, OPS, otras fundaciones internacionales, el Banco Mundial y organizaciones como PASMO y PASCA han facilitado el avance de la respuesta nacional hacia la atención al VIH/SIDA. Esta respuesta ha consistido en capacitar al personal y reforzar la infraestructura de los servicios de salud del sector público, así como otros servicios sociales para dar asistencia en prevención y atención integral. En el 2003 el país obtuvo una puntuación de cerca del 80% en la Evaluación del índice de Esfuerzo del Programa Contra el SIDA (API).

CONASIDA esta representada por los diferentes sectores que luchan contra el VIH/SIDA: el MSPAS, la Secretaría Nacional de la Familia, el Ministerio de Trabajo y Prevención Social, el Ministerio de Educación, Sanidad Militar, los Medios de Comunicación, el Ministerio de Gobernación, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ONG, Asociación Nacional de la Empresa y el Colegio Médico de El Salvador. Esta Comisión se reactivó en diciembre de 2004, dando cumplimiento a la ley del VIH/SIDA y a su reglamento aprobado en abril del mismo año.

El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/SIDA permite, mediante el funcionamiento de un Comité Técnico Asesor, que el Comité Coordinador El Salvador (CCE) del Fondo Mundial articule esfuerzos encaminados a la lucha contra el VIH/SIDA. Según su publicación de mayo de 2007, el Programa Nacional cuenta con cuatro instancias de carácter asesor: la Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA), es la instancia asesora de mayor relevancia nacional por su nivel de representatividad multisectorial y su carácter dentro del marco legal del país; ONUSIDA: instancia asesora conformada por las agencias del sistema de las Naciones Unidas (OPS-OMS, PNUD, UNICEF, UNFPA), y otros organismos de cooperación internacionales tales como USAID, GTZ, JICA. Esta instancia a su vez se subdivide en el grupo temático y grupo técnico; Comité Técnico Asesor Nacional de VIH/SIDA, conformado por profesionales de diferentes disciplinas e instituciones del sector salud, bajo resolución Ministerial numero 1224; y ALIANZAS ESTRATEGICAS, "Alianza Estratégica de la Legislación en VIH/SIDA" y "Alianza de Acceso a la Terapia Antirretroviral", ambas conformadas por diferentes instancias de carácter gubernamental, no gubernamental y agencias de cooperación internacional.

Entre las principales medidas tomadas por el Programa Nacional se encuentra la elaboración, actualización y oficialización de alrededor de 50 documentos reguladores y normativos. Durante el 2005-2008 se revisaron y crearon diversos documentos de esta naturaleza a fin de fortalecer y mejorar la calidad de la atención y de los medios que se brindan a la población en la Red Nacional de Servicios de Salud del MSPAS. Entre estos destacan: la Guía de Abordaje

para Trabajadores Comerciales del Sexo, la Guía de Intervención en Salud dirigida a los privados de libertad ante las ITS-VIH/SIDA en los centros penitenciarios del país, la Guía de Atención para Poblaciones Móviles para el Control y Prevención de ITS-VIH/SIDA, las Normas de Atención para las Infecciones de Transmisión Sexual, los Protocolos de atención para Personas Viviendo con VIH/SIDA, la Guía para la Consejera Previa y Posterior a la prueba del VIH/SIDA, la Guía para el Sistema de Información para la Profilaxis Post Exposición (SIPPE), el Manual de Prevención del VIH/SIDA y de otras Infecciones de Transmisión Sexual para el Comunitario, el Manual para el Control de Infecciones en la Práctica Odontológica, la Guía de Medidas Universales de Bioseguridad, las Políticas de Atención Integral a la Epidemia de VIH/SIDA, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e ITS y el Plan Nacional de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA e ITS.

Otras actividades que se destacan son: las Clínicas Móviles para la toma de Pruebas de VIH, la realización del III Foro Latinoamericano y del Caribe en ITS-VIH/SIDA y IV CONCASIDA 2005, la firma de la "Declaración de San Salvador" para la Lucha Contra el SIDA en la Región Centroamericana y del Caribe, el lanzamiento del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA 2005-2010, la entrega de Canasta Básicas de Alimentos a Personas que viven con VIH/SIDA, la reducción de la Transmisión Materno-Infantil del VIH a nivel nacional, el proyecto del Recorrido Participativo, el fortalecimiento al Plan Nacional de Descentralización de la Terapia Antirretroviral y Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales, el programa de poblaciones móviles en fronteras terrestres, puertos, aeropuertos y estacionamientos de paso del país y otras serie de medidas de prevención y campañas nacionales en conjuntos con CONASIDA y otros actores nacionales.

Entre los logros en torno a la lucha contra el VIH/SIDA, el programa Nacional reportó que para diciembre del 2006 el número de personas que recibían Terapia Antirretroviral (TAR) gratuita era de 3,447, y que en 2006 ingresaron a TAR 1,212 personas, lo cual representa un incremento del 30% en comparación al año 2005. Del año 2001 al 2006 el país redujo en mas de un 88% el numero de niños nacidos con VIH, pasando de registrar mas de 100 casos anuales de niños infectados a presentar menos de 20 al año en los últimos 3 años. Se redujo en 75% el índice de positividad de VIH en el embarazo, pasando de 0.33% en 2002 a 0.08% en 2006.

En cuanto al financiamiento de los diferentes programas y acciones relacionados con VIH/SIDA, de acuerdo al Estudio de Medición de Gastos en SIDA 2007 (MEGAS 2007)³⁰ el resumen de las categorías de gastos en estos temas para 2007 es el siguiente:

- Total del Gasto en Acciones en Respuesta al VIH/SIDA en millones de US\$ 43,769
- Total del Gasto en VIH/SIDA Per Cápita \$2,178.12
- Porcentaje del Gasto en VIH/SIDA en Atención 52.27%
- Porcentaje del Gasto en VIH/SIDA en Prevención 37.11%
- Monto de las Ayudas Internacionales al VIH/SIDA en millones de US\$ 7.3
- Porcentaje de ayudas Internacionales al VIH/SIDA 16.83%
- Porcentaje de gasto en acciones no de salud 10.62%

Mientras que la distribución del gasto en acciones educativas y de prevención fue el siguiente:

Distribución del presupuesto VIH/SIDA en acciones educativas y de prevención (US\$)

Actividad	Sector Público	Sector Privado	Sector Externo	Total
Información general	276,332	54,292	71,503	402,127
Información a los medios de comunicación	475,788	592,554	138,304	1,206,646
Capacitaciones a profesores de escuela en VIH	151,514	15,000	--	166,514
Jóvenes fuera de la escuela		45,000	5,000	50,000
Jóvenes en la escuela	453,207	99,500	115,384	668,091
Prevención trabajo	152,670	15,086	--	167,756
Prevención a poblaciones accesibles	390,891	93,280	76,367	560,538
Total información y educación relacionadas VIH	1,900,402	914,712	406,558	3,221,672
Movilización de la comunidad	--	215,000	--	215,000
Consejería y test voluntarios	1,288,329	209,998	66,607	1,564,934
Programas para trabajadoras del sexo y sus clientes	--	417,808	66,366	484,174
Programas para trabajadores del sexo y sus clientes	73,384		--	73,384
Programa focalizado en hombres que tienen sexo con hombres HSH	80,084	236,030	66,367	382,481
Programa focalizado en transgénero	--	29,825	--	29,825
Programas preventivos para personas que viven VIH	976,563	123,008	1,000	1,100,571
Mercadeo social de condón	--	20,524	--	20,524
Comercialización y provisión de condones	1,037,011	2,710,982	--	3,747,993
Condón femenino	--	51,000	--	51,000
Atenciones a ITS	1,892,441	136,321	--	2,028,762
Programa de Prevención vertical (madre e hijo)	508,669	15,000	25,000	548,669
Banco de sangre	1,972,084	--	--	1,972,084
Profilaxis post-exposición	19,200	--	26,765	45,965
Precauciones universales	419,024	--	--	419,024
Prevencciones no clasificadas	338,035	--	--	338,035
Total Programas Preventivos	10,505,226	5,080,208	658,663	16,244,097

El estudio MEGAS 2007 expresa que el gasto en atención directa de VIH/SIDA es el siguiente:

Distribución del presupuesto de VIH/SIDA en atención directa (US\$)

Actividad	Sector Público	Sector Privado	Sector Externo	Total
Pruebas Iniciadas por el Proveedor	1,988,998		10,000	1,998,998
Terapia Antirretroviral	6,756,358		347,072	7,103,430
Ayuda Nutricional Asociada a TAR	300,150	5,000	4,187	309,337
Profilaxis para Infecciones Oportunistas	709,630	45,000		754,630
Tratamientos para Infecciones Oportunistas	1,706,776	10,000		1,716,776
Atención y Cuidados Hospitalarios	9,239,246			9,239,246
Monitoreo de Laboratorio	1,492,571			1,492,571
Tratamiento Paliativo	251,592		9,986	261,578
Total Componentes de Atención y Cuidado	22,445,321	60,000	371,245	22,876,566

Este estudio establece el gasto realizado en el desarrollo de los programas VIH/SIDA de la siguiente manera:

Distribución de gastos en el desarrollo de los programas VIH/SIDA (US\$)

Funciones	Sector Público	Sector Privado	Sector Externo	Total
Gerencia y coordinación de programa	746,723	97,934	483,141	1,327,798
Abogacía y comunicaciones	163,633	40,445	12,502	216,580
Monitoreo y evaluación	381,753	42,528	8,099	432,380
Capacitaciones	440,260	20,214	22,608	483,082
Logística y suministro (incluye transporte)	105,408	9,271		114,679
Actualización de la infraestructura de laboratorio	309,018		375,359	684,377
Construcción de nuevos centros de salud	274,426			274,426
Otros programas no clasificados	25,000			25,000
Total Programa	2,446,221	210,392	901,709	3,558,322

3.2.6. Políticas públicas sobre el VIH y Plan Nacional de Intervención

La prevención y atención del VIH es una prioridad para el Estado de El Salvador y la Ley prevé la responsabilidad principal del mismo de dar respuesta al problema. La responsabilidad institucional para la aplicación de dicha ley recae en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) que ha implementado a partir del año 1984 planes, programas y proyectos centrados en la atención a la población general, incluyendo jóvenes, adolescentes, mujeres embarazadas, niños huérfanos y personas viviendo con el VIH.

La legislación sobre el VIH se basa en la Constitución de la República y los DDHH que reconoce. Dicha legislación tutela y garantiza los derechos fundamentales de todas las personas y particularmente de las PVVS. También responde a un movimiento internacional que se

hizo evidente en diferentes eventos promovidos por Naciones Unidas para la adopción de declaraciones, convenios y otras herramientas internacionales dirigidas a orientar la acción mundial en torno a la epidemia.³¹

Ley Especial del VIH/SIDA

Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Esta ley fue publicada en el Diario oficial el 23 de noviembre del año 2001. En ella se contemplan los derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA, los cuales son:

Art. 5.-Toda persona viviendo con VIH/SIDA tiene los siguientes derechos:

- Asistencia sanitaria, tratamiento médico, quirúrgico, psicológico, y de consejería, de manera oportuna y en igualdad de condiciones y a medidas preventivas que impidan la progresividad de la infección.
- Tener confidencialidad sobre el resultado del diagnóstico y la progresividad de la enfermedad.
- Acceder a un puesto de trabajo que no conlleve contactos de riesgo y a no ser despedido de su trabajo o desmejorado en su remuneración, prestaciones, o condiciones laborales en razón de su enfermedad.
- Tener acceso a la educación ya sea pública o privada y a no ser excluido en razón de su enfermedad; y
- Participar, organizarse o congregarse para desarrollar actividades lícitas de carácter cívico, social, cultural religioso, deportivo, político o de otra índole.

Marco de políticas, normas y planes sobre VIH/ITS del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Una de las grandes fortalezas encontradas en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se refiere a la cantidad y calidad de los documentos normativos y directivas que tienen en torno a la atención integral del VIH/SIDA, la transversalización de género y el enfoque de derechos humanos. En general estos documentos están muy bien estructurados y respaldados en información confiable.

El análisis que se hace en el presente estudio se centra en la presencia de estrategias, normas y procedimientos que contienen acciones relacionadas con el VIH/SIDA e ITS. A continuación un listado de los principales documentos existentes.

- Ley y Reglamento de SIDA
- Guía SIPPE
- Guía PTMI
- Guía de Odontología
- Guía de Nutrición

31. Para mayor información sobre los aspectos legales referentes a este tema se puede ver el Anexo No.1: Ley del VIH/SIDA y el Anexo No. 2: Leyes aprobadas por El Salvador en materia de la mujer, el niño y la familia.

- Guía de Bioseguridad
- Protocolos de Atención a PVVS
- Plan Estratégico de VIH/SIDA
- Política de Atención Integral
- Guía Metodológica para Grupos de Apoyo
- Módulos para Grupos de Apoyo
- Guía operativa de Consejería
- Manual para Facilitadores en Consejería
- Guía para Trabajadoras de Sexo
- Guía de Atención para Poblaciones Móviles
- Norma y Guía de ITS
- Guía de Atención en el Sistema Penitenciario
- Manual de Prevención VIH Promotores
- Guía de Control de Calidad p/Laboratorios VIH

3.2.7. Respuestas sociales: programas y proyectos

En el ámbito nacional el país cuenta con una serie de directrices, normas e instrumentos técnicos y legales para la conducción de las intervenciones en torno al VIH/SIDA e ITS y al mismo tiempo se han establecido estrategias participativas hacia los diferentes sectores, instituciones y grupos organizados de la sociedad civil, los cuales desempeñan un rol muy importante en el logro de los objetivos programáticos. A continuación se presenta un listado de las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales que brindan las diferentes atenciones.

3.2.8. Mapeo de actores involucrados en la respuesta al VIH

Las instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y grupos organizados de la comunidad hacen un trabajo participativo y colaborativo de mucha importancia. A través de la CONASIDA se han articulado y cohesionado a favor de quienes viven con el VIH/SIDA.

De manera complementaria a este Análisis de Situación, se llevó a cabo un mapeo de actores sociales sobre VIH y VCM en El Salvador, el cual detalla los roles de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales claves, así como sus posiciones en torno a la integración VIH/VCM. Las secciones del presente documento sobre las organizaciones involucradas en la respuesta en ambos temas se limitan a incluir una breve descripción de las mismas.

Instituciones gubernamentales

Las instancias gubernamentales lideran el trabajo en torno al VIH ya que normalizan, regulan y dirigen las estrategias de acción a través de leyes, normas, manuales, vigilancia epidemiológica, emisión de informes estadísticos, estrategias de cumplimiento de la Ley

del VIH/SIDA, monitoreo y evaluación, normas de laboratorios, consejería, tratamientos, y sistemas de atención en general. Y al mismo tiempo, establecen canales muy importantes de comunicación con todos los niveles y en todas las instancias, las cuales se mencionan a continuación:

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

1. Dirección de Programas.
2. Dirección de Vigilancia de la Salud.
3. Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA.
4. Programa Nacional de Salud Mental.
5. Gerencia de Atención Integral a la Mujer.
6. Dirección Regional de Salud Occidental.
7. Dirección Regional Zona Central.
8. Dirección Regional Zona Metropolitana.
9. Dirección Regional de Salud Zona Oriental.
10. Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA).

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

1. Departamento Normativo.
2. Jefatura del Programa Nacional de VIH/SIDA.
3. Departamento de Monitoreo y Evaluación.

Sociedad civil

El listado de organizaciones de la sociedad civil es muy amplio pero también cambiante debido a que algunas de ellas desaparecen esporádicamente por la falta de financiamiento y otras razones. Todas llevan a cabo un trabajo muy relevante, coordinador, colaborativo, participativo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia, Programa Nacional VIH/SIDA, así como un apoyo cercano a la población salvadoreña afectada por la epidemia y con otras organizaciones que aportan ayuda financiera y apoyo técnico.

A continuación se incluye el listado de algunas de las organizaciones que abordan el VIH, la mayoría atienden también la VCM:

- Asociación Atlacatl "VIVO POSITIVO" (ASAVP)
- Fundación nacional para la prevención, educación y acompañamiento de la Persona VIH/SIDA (FUNDASIDA)
- Asociación comunal de mujeres de Morazán (ACMM)
- Asociación de capacitación e investigación para la salud (ACISAM)
- Asociación de ginecología y obstetricia de El Salvador
- Asociación de mujeres en apoyo para la salud comunitaria (AMUSAMECO)
- Asociación de mujeres flor de piedra
- Asociación demográfica salvadoreña (ADS)
- Asociación entre amigos
- Asociación panamericana de mercadeo social (PASMO)
- Asociación para el desarrollo humano (ADHU)
- Asociación para la salud y el servicio social intercomunal en El Salvador (APSIES)
- Asociación salvadoreña de ayuda humanitaria (PRO-VIDA)
- Asociación salvadoreña de desarrollo integral (ASDI)

- Asociación salvadoreña para el desarrollo integral (ASALDI)
- Asociación salvadoreña promotora de la salud (ASPS/PREVENSIDA)
- Asociación salvadoreña pro salud rural (ASAPROSAR)
- Asociación SERAPHIM
- CARE internacional
- Centro de apoyo de lactancia materna (CALMA)
- CHF internacional
- Cruz roja salvadoreña
- Equipo contra el SIDA El Salvador (CONTRASIDA)
- Fundación centro de formación humana centro de orientación para la educación de la sexualidad de El Salvador (COESAL)
- Fundación huellas
- Fundación maquilishuat (FUMA)
- Fundación salvadoreña para la salud y desarrollo humano (FUSAL)
- Homies unidos, El Salvador (HU)
- Hospital de maternidad la divina providencia
- Instituto de estudio de la mujer norma Virginia Guirola de Herrera (CEMUJER)
- PASCA
- Plan internacional
- Sociedad de profesionales de Enfermería, S.A. DE CV (SODEPROE)
- Universidad centroamericana José Simeón Cañas (UCA)
- Universidad de El Salvador (UES)
- Universidad Evangélica (UEES)
- Asociación Cristiana Femenina (ACF)
- Caritas, El Salvador

Organismos de Cooperación

El rol de los organismos de cooperación en El Salvador es relevante porque brindan apoyo técnico, acompañamiento y abogacía en las luchas por alcanzar atención de calidad y apegada a los derechos humanos. Mantienen una actitud solidaria con diferentes grupos de la comunidad afectados por ambos problemas (VIH y VCM) y también ofrecen aporte técnico importante en el desarrollo y ejecución de las diferentes normativas. Entre los más destacadas se pueden mencionar:

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA)
2. Organización Panamericana de Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
3. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
4. UNICEF
5. USAID

3.3. Dimensiones de la violencia contra las mujeres, marco legal y respuestas sociales

La VCM es un fenómeno sumamente complejo y multi-causal, ligado a factores estructurales, culturales e institucionales tales como la pobreza y la discriminación, relacionados a otras categorías como etnicidad, edad y lugar de residencia entre otras. A esto se une la tolerancia

social y las limitaciones en la respuesta institucional para la administración de justicia, que trae como consecuencia la impunidad y deficiencias en el manejo de casos, incluyendo el feminicidio.

Uno de los principales mecanismos jurídicos aprobados en El Salvador es la Ley contra la Violencia Intrafamiliar adoptada en 1996. Esta Ley indica que “Constituye Violencia Intrafamiliar, cualquier acción u omisión, directa o indirecta que cause daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico o muerte a las personas integrantes de una familia”. En esta ley se define la violencia psicológica, física, sexual y patrimonial.

El Salvador cuenta con la Política Nacional de la Mujer, que tiene por objetivo “Potenciar el desarrollo integral de la mujeres en todos los espacios de la sociedad, en condiciones de equidad e igualdad con los hombres, mediante su participación activa en los procesos de desarrollo nacional”. En ella se contemplan doce áreas de acción entre las cuales se encuentra el área de violencia contra las mujeres, que tiene como objetivo específico “Prevenir y detectar el problema social de la violencia contra las mujeres dando protección y atención a las víctimas, mediante acciones sustantivas en la normativa internacional y nacional vigente, relativa a la violencia”. De este objetivo se derivan cuatro objetivos estratégicos, que pretenden:

1. Impulsar y desarrollar el área preventiva de la violencia contra las mujeres y la agresión sexual;
2. Establecer mecanismos que garanticen la atención integral con eficacia, eficiencia y calidez en las áreas emocional, psicológica, social, medica y legal a las personas víctimas de violencia y abuso sexual;
3. Realizar estudios prospectivos y de diagnóstico actualizados que permitan fortalecer la definición de estrategias para prevenir y erradicar la violencia; y
4. Promover la investigación con enfoque de género del problema de la violencia intrafamiliar para que contribuya a la creación y/o fortalecimiento de programas de prevención, detección, protección, recuperación y rehabilitación.

El ISDEMU, (como ente rector de la Política Nacional de la Mujer y encargado de “diseñar, dirigir, asesorar, coordinar y velar por el cumplimiento de las políticas, programas, planes y proyectos referidos a la prevención y atención de la violencia intrafamiliar”, en coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales), formula el Plan Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar. Dicho plan establece líneas de trabajo para dar sostenibilidad a programas y proyectos para prevenir y atender integralmente y de forma especializada a las personas víctimas de la violencia intrafamiliar, así como un sistema de información, monitoreo y evaluación.

La presencia en El Salvador de organizaciones no gubernamentales que luchan por los derechos de las mujeres incrementa la posibilidad de que las mujeres víctimas de violencia sexual reciban apoyo.

De acuerdo con ISDEMU, las instituciones que atienden la problemática de violencia intrafamiliar y agresión sexual son:

- Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)
- Procuraduría General de la República (PGR)

- Fiscalía General de la República (FGR)
- Juzgados de Paz, de Familia, de Menores y de Sentencia
- Unidades de Salud
- SIBASI
- Policía Nacional Civil (PNC)
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (ISNA)
- Instituto de Medicina Legal
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
- Ministerio de Educación (MINED)
- hospitales: Hospital de Niños Benjamín Bloom, Hospital Nacional Rosales, Hospital de Maternidad, Hospital Regionales
- Gobernación
- Alcaldías Municipales
- Destacamentos Militares y Brigadas de Infantería
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Ciudadana

Muchas de estas instituciones cuentan con oficinas en la mayoría de los departamentos del país. El país además cuenta con muchas organizaciones no gubernamentales que trabajan en la problemática de la violencia contra las mujeres. Algunas de ellas son:

- La Comunidad Internacional de Mujeres Capítulo El Salvador (ICW)
- La Asociación Mujeres por la Dignidad y la Vida (LAS DIGNAS)
- El Instituto de Investigación y Capacitación de la Mujer (IMU)
- El Movimiento de Mujeres Melida Anaya Montes (MAM)
- La Tutela Legal del Arzobispado (TLA)

ISDEMU cuenta con oficinas en 11 departamentos del país y tiene como objetivos: diseñar, dirigir, ejecutar y velar por el cumplimiento de la Política Nacional de la Mujer, promoviendo en tal sentido del desarrollo integral de la mujer salvadoreña; propiciar la efectiva participación de las organizaciones de mujeres de la comunidad y demás entidades de la sociedad civil, en la prevención y la solución de los problemas que afronta la mujer.

La organización de mujeres Las Dignas (una de las principales ONG que trabajan sobre la temática), constituye una organización política feminista surgida en el umbral del periodo de los Acuerdos de Paz (14 de julio de 1990). Esta organización ha aportado en la formulación de propuestos y demandas hacia el sistema para que se formulen políticas y en la definición de mecanismos para erradicar la brecha de género que persiste en el país. Ellas definen su actuación como orientada a visibilizar las discriminaciones de género, acompañar y fortalecer los procesos organizativos de las mujeres para conseguir cambios en estas relaciones y oportunidades, así como a influir en el marco de las políticas públicas. Las Dignas cuenta con los siguientes programas: Programa Justicia Económica para las Mujeres, Programa de Educación para la Equidad de Género y Programa Proyecto Política. Los servicios que ofrecen son: Centro de Atención a Mujeres que Enfrentan Violencia de Pareja y/o Sexual, Asesoría Laboral, Escuela de Debate Feminista y Centro de Documentación.

ICW capítulo El Salvador es otra de las principales ONG en el tema. Está formada por mujeres con VIH/SIDA cuya misión es trabajar en defender y velar por los derechos humanos, promover la equidad de género, mantener representatividad e incidencia en los ámbitos de

toma de decisiones, contribuir en la respuesta de país a la epidemia y la reducción de nuevas personas infectadas por el VIH a través de la prevención, y fomentar la reducción del estigma y la discriminación ejecutando acciones de sensibilización.

ORMUSA es otra de las ONG que trabaja el tema de VCM mediante el desarrollo de acciones de incidencia política, facilitando el acceso a la justicia y el desarrollo local y nacional desde un enfoque de derechos humanos. Sus programas incluyen: atención a la violencia, salud y derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos y laborales, acceso a la justicia, desarrollo institucional y apoyo a los procesos de desarrollo local.

Los casos de feminicidio han ido incrementándose en el tiempo. En el año 1999 hubo 195 casos para una tasa de 6.2 del número total de homicidios. El año 2008, fueron brutalmente asesinadas 348 mujeres, para una tasa de 9.8. En 2006 hubo un alza importante de la tasa llegando a 12.37.³²

La caracterización de las mujeres que han sido víctimas de feminicidio es la siguiente:³³

- **Edad:** Los datos presentados por el Instituto de Medicina Legal (IML) muestran que, del año 2005 al año 2008, la mayoría de las víctimas de asesinato son mujeres jóvenes, incluso hay 21 víctimas menores de un año; entre uno y cuatro años 7; de 10 a 14 años 74; la mayor parte de víctimas se concentra entre los 15 y los 39 años de edad, grupo etáreo que suma 889 mujeres asesinadas (jóvenes adolescentes aun menores de edad, y mujeres adultas de menos de cuarenta años); de 40 a 44 años 96; de 45 a 49 años 71; de 50 a 54 años 35; de 55 a 59 años 24; seguido de 60 a más años con 59 víctimas.
- **Lugar donde se encontró el cuerpo de la víctima:** La mayoría de cuerpos fueron lanzados a la vía pública (315 casos); seguido de 244 mujeres que presumiblemente fueron asesinadas al interior de sus hogares; y en 204 casos los cuerpos fueron encontrados en la calle. Las autoridades públicas al encontrar cuerpos de mujeres en la calle o en la vía pública, hacen declaraciones estereotipando a las víctimas diciendo que si visten de falda o andan “provocativas” son prostitutas; si tienen tatuajes, pertenecen a las maras, declaraciones que al final afectan a la familia de las mujeres y culpan a la víctima de dichos asesinatos. Es decir, en el imaginario simbólico “son las mujeres las que provocaron sus muertes”, y no fueron “víctimas inocentes” del asesinato, tal como lo señaló un agente policial en una entrevista a un medio de comunicación.
- **Tipo de arma utilizada para cometer el crimen:** El Instituto de Medicina Legal registró el tipo de arma utilizada en los asesinatos. En 1,024 casos de feminicidio los agresores utilizaron armas de fuego; en 118 casos objetos corto-contundente; se reportaron 75 casos de asfixia por estrangulación; y en 76 casos el agresor uso de objetos corto-punzantes.
- **Departamento y municipio (donde registra el hecho):** En cuanto a los feminicidios por departamento, el registro muestra que en San Salvador sucedieron 620 feminicidios; en el departamento de La Libertad 241; seguido de Santa Ana (143), y San Miguel con 104 feminicidios. Nuevamente los departamentos que registran menor número de asesinatos son Morazán (12) y Chalatenango (21), aunque tengan un registro menor no significa que no exista otra clase de violencia contra las mujeres.

32. El feminicidio en El Salvador: una forma extrema de violencia y discriminación hacia las mujeres. ASOCIACIÓN DE MUJERES “MÉLIDA ANAYA MONTES” LAS MÉLIDAS.2009

33. Ibid.

- Feminicidio por municipio más violento: De 159 municipios en El Salvador los que registran más feminicidios son los siguientes: San Salvador contabilizó 163 feminicidios; seguido Santa Ana con 90 casos; Apopa (83); San Miguel con 78; Soyapango (59); y Quezaltepeque con 44 feminicidios, todos en cuatro años. Los siguientes municipios reportan menos asesinatos: Citalá, Chiltiupán, Chilang, Chapeltique, Cacaopera, Ataco y Aguacaliente.

El Instituto de Medicina Legal contabiliza seiscientos tres casos de feminicidio registrados desde el mes de enero de 2007 hasta el mes de septiembre del 2008. Podemos señalar las siguientes tendencias: las cifras de asesinatos de mujeres y niñas no muestran una diferencia significativa respecto a la zona en donde ocurrieron (rural o urbana). La lectura de este dato debe hacerse desde la óptica de la densidad poblacional. Las zonas urbanas que albergan a la mayor parte de la población reflejan un número levemente mayor que los casos registrados en la zonas rurales, lo cual demuestra que en las áreas rurales el nivel de violencia contra las mujeres y niñas es significativamente mayor, pues la densidad poblacional del campo es baja comparada con la zona urbana.

Los grupos etarios en los que se refleja el mayor número de asesinatos son: en primer lugar de los veinte a los veintinueve años con un 29.5%; en segundo lugar está el grupo etario de los diez a los diecinueve con un 22.5 %; y en un tercer lugar el grupo de los treinta a los treinta y nueve años con un 20.2%. En estos tres grupos se contiene más del 77% de los casos registrados de los años 2007 y 2008. En cuanto a qué día se reportan más feminicidios no se encontraron marcadas diferencias en las cantidades, y en un 12.27% no fue posible determinar el día en el que se suscitó el feminicidio. Se registraron más casos en el período comprendido entre las cero y las seis horas con un 33.33% del total de casos, y en el lapso comprendido entre las dieciséis y las veinticuatro horas con un porcentaje del 24.04%.³⁵

Respecto de la motivación del hecho, únicamente se tenía conocimiento de un 28% de los casos, ubicando en primer lugar a las maras, en segundo a la violencia intrafamiliar y a la venganza en tercero. Pero al encontrarnos con 72% de los casos con móviles desconocidos según los datos del 2007-2008, no es posible establecer una tendencia. Un dato extremadamente preocupante es que en solo el 4.8% de los casos había podido identificarse al responsable, el otro 95.2% se encontraba en vía de investigación. Estos datos pueden darnos una idea general del nivel de impunidad de los casos de feminicidio en El Salvador.³⁶

34. Ibid.

35. Ibid.

36. Ibid.

3.3.1. Prevalencia, poblaciones afectadas y prácticas

a. Violencia de pareja

En la serie de encuestas FESAL-2008 se incluyó el tema de la violencia de pareja por su relación con la salud en general y particularmente con la salud sexual, reproductiva y mental. En las entrevistas de FESAL-2002/03 se mantuvo como condición indispensable que la mujer estuviera sola o que nadie más escuchara la conversación. Cabe aclarar que el cuestionario que se utilizó para medir y caracterizar la violencia en la encuesta se modificó para introducir mayor comparabilidad con los instrumentos promulgados a nivel mundial por la Organización Mundial de Salud (OMS), pero sacrificó la comparabilidad con los resultados de FESAL-2002/03.

FESAL-2008 reporta que un 47% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que sufrió alguna forma de violencia de pareja en la vida marital. La violencia verbal fue el tipo más frecuente (44%), seguido por la violencia física (24%) y la sexual (12%). Durante el último año un 20% relató que experimentó alguna forma de la violencia. La violencia verbal también fue el tipo más frecuente durante el último año (19%), seguido de un 7% con violencia física y de un 3% con violencia sexual de un esposo o compañero de vida actual o anterior.

El porcentaje que reportó algún tipo de violencia verbal, física, o sexual en su vida marital varía en un rango que va de un 38% en los Departamentos de Ahuachapán y San Miguel, hasta un 54% en San Salvador, y la experiencia de violencia física o sexual en la vida, varía de 20% en los departamentos de Cabañas y San Miguel, a 33% en San Salvador. Según región de salud, la experiencia de violencia de pareja en toda la vida marital varía de 40% en la Oriental a 54% en la Metropolitana.

Con las mujeres que relataron haber padecido algún maltrato físico o sexual durante el último año, la encuesta de FESAL-2008 profundizó con preguntas sobre las características de la violencia y las consecuencias de la misma. Al preguntarles sobre las situaciones en que ocurrió la violencia física o sexual, las respuestas reportadas con más frecuencia fueron: porque él estaba borracho o drogado (33%) o por celos de él hacia ella (32%). Las mujeres maltratadas reportaron que como consecuencia de la violencia tenían dolores de cabeza o en otra parte del cuerpo (76%), miedo a una nueva agresión (68%) o ansiedad/angustia, de tal forma que no podía cumplir con sus obligaciones (66%). Un 37% relató que le quedó (quedaron) alguna(s) lesión(es) como consecuencia de la violencia.

Entre las mujeres que experimentaron violencia física o sexual durante el último año, más de la mitad (61%) le contó a alguien de la familia, a una amiga o amigo, o a una persona conocida. El 36% buscó asistencia de alguna institución u organización. Prácticamente 3 de cada 10 mujeres maltratadas (28%) no le contaron a nadie sobre su experiencia de violencia.

b. Violencia sexual

Como parte de este módulo, a todas las mujeres entrevistadas (incluyendo las solteras), se les preguntó si experimentaron alguna forma de violencia sexual en toda la vida y con cualquier persona. Se investigó sobre dos tipos de violencia sexual: 1) la violación sexual con penetración y 2) el abuso sexual sin llegar al punto anterior, preguntando si alguien le había obligado a realizar algún acto como desvestirse, tocar o dejar tocar las partes íntimas, besar, abrazar o hacer cualquier otro acto sexual, sin llegar a la penetración.

Fue así que un 9% reportó violación sexual con penetración y el 10%, abuso sexual sin penetración. Al preguntarles la edad que tenían cuando fueron violadas con penetración por primera vez, más de la mitad reportó que fue antes que cumpliera los 20 años, y una de cada 4 antes de los 15 años de edad. Entre las mujeres que reportaron violación sexual sin penetración, la mitad mencionó que la primera vez ocurrió antes de los 15 años de edad, y una de cada 5 antes de los 10 años.

Al preguntarles quién fue la persona que les violó (con o sin penetración), más del 85% reportó que fue alguien conocido. Respecto a la violación sexual con penetración, en primer lugar se ubica “un ex-esposo o ex-compañero de vida” con un 42%, y en el segundo lugar “el esposo/compañero de vida actual” con un 24%. En los casos de abuso sexual sobresale “un vecino, amigo o conocido diferente de un familiar”, representando un 27% de los responsables, seguido por “un ex-esposo o ex-compañero de vida”.

Tipos de violencia reportada por mujeres 2006-2008

TIPOS DE VIOLENCIA REPORTADA 2006	patrimonial	psicológica	sexual	psicológica física	psicológica sexual	patrimonial psicológica	patrimonial psicológica física	patrimonial psicológica física sexual	patrimonial psicológica sexual	psicológica física sexual	TOTAL
Conviviente		152		223	7	50	66	19	4	23	544
Esposo		188		167	2	67	73	17	3	20	537
Ex conviviente	2	156		112	6	161	67	7	2	10	523
Ex esposo		23		12		10	8	2		1	56
Novio/a		11	3	6	39	3				4	66
Total:	2	530	3	520	54	291	214	45	9	58	1726

TIPOS DE VIOLENCIA REPORTADA 2007	física	patrimonial	sexual	psicológica	psicológica física	psicológica sexual	patrimonial física	patrimonial psicológica	psicológica física-sexual	patrimonial psicológica física	patrimonial psicológica física-sexual	patrimonial psicológica sexual	Total
Conviviente	1		1	262	212	18		65	17	98	14	2	690
Esposo	1			270	173	5	1	120	13	87	19	3	692
Ex conviviente		1		201	131	11		243	5	118	16	4	730
Ex esposo				15	10			14	1	6	1		47
Novio/a			4	22	8	41	7	2	2			1	87
Total:	2	1	5	770	534	75	1	449	38	311	50	10	2246

TIPOS DE VIOLENCIA REPORTADA 2008	patrimonial	sexual	psicológica	patrimonial psicológica	psicológica física	psicológica física-sexual	psicológica sexual	patrimonial psicológica física	patrimonial psicológica física-sexual	patrimonial psicológica sexual	Total
Conviviente		1	215	84	284	29	25	121	5	2	766
Esposo	1		235	152	245	14	4	111	17		779
Ex conviviente			214	288	181	11	9	131	13	1	848
Ex esposo			29	17	13			8	1		68
Novio/a		3	13	15	3	9	63		1	3	110
Total:	1	4	706	556	726	63	101	371	37	6	2571

Inspecciones y reinspecciones realizadas en todo el país
según tipo de solicitud y oficina
(Ministerio de Trabajo y Previsión Social)

TOTAL Y CAUSAS	INSPECCIONES Y REINSECCIONES					TRABAJADORES CUBIERTOS POR INSPECCIONES ESPECIALES				
	Solicitudes Recibidas	Solicitudes intervenidas inspecciones	Re-inspecciones	Solicitudes resueltas	Multa	TOTAL	Hombres	Mujeres	Mujeres embarazadas	Parcialmente incapaces
TOTAL	100	437	67	231	16	88,687	27,177	60,628	13	869
Inspecciones programadas		329	67	133	16	86,912	26,655	59,388	-	869
Despido directivo sindical	28	27	-	25	-	49	27	22	-	-
Despido fundador de sindicato	4	4	-	4	-	10	10	-	-	-
Despido promotor de sindicato	2	4	-	2	-	32	32	-	-	-
Discriminación por constitución de sindicato	10	9	-	8	-	15	5	10	-	-
Salarios no devengados a directivo sindical	2	3	-	2	-	5	2	3	-	-
Suspensión directivo sindical	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Despido y discriminación trabajadora embarazada	11	12	-	11	-	13	-	-	13	-
Salarios no devengados a trabajadora embarazada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Discriminación por discapacidad	4	2	-	2	-	2	1	1	-	-
Discriminación por portador VIH/SIDA	-	2	-	2	-	2	2	2	-	-
Otros	39	45	-	42	-	1,647	443	1,204	-	-

Fuente: Dirección General de Inspección del Trabajo. Unidad Especial de Género y Prevención de Actos Laborales Discriminatorios.

*Incluye inspecciones especiales por no pago salarial, vacaciones, aguinaldo, no pago de salarios mínimos, coacción y malos tratos, suspensiones, discriminación por estudios superiores, por referencias sexuales, por edad, etc.

Homicidios del año 2008 – Total país según reconocimientos de médicos forenses y base consensuada entre FGR, IML y PNC

Frecuencia por sexo		
	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	348	10.9%
Hombres	2831	89.1%
TOTAL	3179	100%

Homicidios por tipo de arma por sexo

Tipo de arma	Mujeres	Hombres	TOTAL
Arma de Fuego	222	2260	2482
ASF X Cuerpo Extraño	1	0	1
ASF X estrangulación	24	47	71
Asfixia y ahorcadura	1	11	12
Asfixia y sofocación	1	6	7
Blanca sin Especificar	19	87	106
Caída provocada	1	0	1
CXortante	0	6	6
Corto-contundente	26	165	191
Cortopunzante	20	84	104
Manos	1	1	2
Manos y Pies	1	3	4
No datos	10	25	35
Objeto contundente	17	108	125
Piedra (lapidado)	3	22	25
Punzante	1	4	5
Quemadura por fuego	0	2	2
TOTAL	348	2831	3179

Homicidios por grupo de edad y sexo

Edad	Mujeres	Hombres	TOTAL
<1	6	5	11
1-4	2	1	3
5-9	1	2	3
10-14	16	43	59
15-19	55	441	496
20-24	56	615	671
25-29	51	553	604
30-34	34	370	404
35-39	35	250	285
40-44	30	151	181
45-49	12	108	120
50-54	3	75	78
55-59	6	55	61
60-64	6	52	58
65+	14	63	77
Ignorado	21	47	68
TOTAL:	348	2831	3179

3.3.2. Marco legal sobre la VCM

El marco legal que se presenta en este estudio se basa en los acuerdos internacionales relacionados con el tema, los cuales han sido ratificados por los países de América Latina y el Caribe. Este marco ha sido una fuente de gran utilidad para establecer en el país la definición del problema, entender su magnitud e impacto, así como para identificar componentes importantes para el desarrollo de guías normativas. Asimismo, constituyen la referencia para establecer medidas efectivas y apropiadas para enfrentar la violencia intrafamiliar y doméstica.

Base legal y normativa para abordar la VCM en El Salvador

- Constitución de la República de El Salvador. (Artículos 3, 32, 34, 35)
- Ley del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
- Ley Contra la Violencia Intrafamiliar. (D.L. N° 902, Dic. 12 – 96; Reforma D.L. N° 892, Art. 6-A, Jul. 24-02)
- Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia
- Política Nacional de la Mujer (PNM)
- Plan Nacional para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar

Acuerdos y Convenciones ratificadas por El Salvador

- Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 45/158, de 18 de diciembre de 1990
- Decreto de Creación del Comité Nacional Contra la Trata de Personas
- Convenio Sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización en la Pornografía
- Protocolo Contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire
- Ley de Ética Gubernamental
- Convención Sobre los derechos del Niño
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del Niño Relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización En la Pornografía - Naciones Unidas
- Recomendación General No. 19, CEDAW-ONU
- Decreto: "Día Nacional Para una Educación No Sexista"
- Convenio Relativo a la Discriminación en Materia de Empleo y Ocupación
- Declaración Sobre los Principios Fundamentales de Justicia Para las Víctimas de Delitos y del Abuso del Poder
- Constitución de la República de El Salvador
- Convención Interamericana Para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad
- Convenio Relativo a la Igualdad de Remuneración Entre la Mano de Obra Masculina y la Mano de Obra Femenina por un Trabajo de Igual Valor
- Convenio Sobre la Igualdad de Oportunidades y de Trato Entre Trabajadoras y Trabajadores con Responsabilidades Familiares
- Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)
- Ley Contra la Violencia Intrafamiliar
- Ley del Instituto Salvadoreño Para el Desarrollo de la Mujer

- Reglamento de la Ley del ISDEMU
- Ley y Reglamento de Creación del Fondo Solidario Para la Familia Microempresaria
- Reglamento Para la elección de Miembros Representantes de Los Organismos No Gubernamentales Nacionales ante la Junta Directiva del ISDEMU
- Declaración Sobre la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer
- Consolidado de Legislación En Materia de la Mujer, Niñez, adolescencia, adulto Mayor, Salud, Educación y Medio ambiente. 1995 - Enero 2004
- Declaración Universal de los derechos Humanos.

3.3.3. Respuestas sociales a la VCM: programas y proyectos

La violencia contra las mujeres es actualmente un tema de acción a nivel nacional e internacional. A nivel mundial son las organizaciones de mujeres que han dado prioridad y vigencia al tema, fortalecidas por diferentes organizaciones como las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud.

3.3.4. Mapeo de actores involucrados en la respuesta a la VCM

Organizaciones gubernamentales

El Gobierno de El Salvador al igual que el resto de los países de la región ratificó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém Do Pará) y a partir de allí se inician procesos importantes para dar respuesta al problema. Como resultado de esto se fortalecieron algunas instituciones y/o éstas iniciaran o robustecieran programas o proyectos. Entre esas organizaciones se destacan las que se detallan a continuación:

Instituto de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU)

- Dirección Ejecutiva
- Gerencia Técnica
- Jefatura Programa de Saneamiento de la Relación Familia

Sociedad civil organizada [se mencionan las más relevantes]

- Comunidad Internacional de Mujeres Capítulo El Salvador, ICW
- Centro de Estudios de la Mujer, Norma Virginia Guirola de Herrera, CEMUJER
- Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida, Las DIGNAS
- Movimiento de Mujeres "Melida Amaya Montes" Las MELIDAS
- Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la mujer, IMU
- Asociación para la Autodeterminación y Desarrollo de Mujeres Salvadoreñas AMS

Organismos de cooperación

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH y SIDA (ONUSIDA)
- Organización Panamericana de Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Instituciones autónomas

- Procuraduría de la Defensa de los Derechos Humanos, (PDDH)
- Procuraduría General de La República, (PGR)

- Policía Nacional Civil
- Alcaldías Municipales

Poder judicial

- Fiscalía General de la República
- Corte Suprema de Justicia
- Instituto de Medicina legal

3.4. Intersecciones entre el VIH y la VCM: Evidencia y respuestas sociales

A pesar de los diferentes recursos invertidos por las diferentes Instituciones Gubernamentales y No Gubernamentales en las múltiples intervenciones para controlar el VIH y la VCM, no se han logrado hasta ahora integrar ambos programas. Permanece una ejecución separada a nivel de políticas públicas, programas y proyectos nacionales. Es evidente que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está considerando líneas de intervención dentro de los programas nacionales de la Mujer, Adolescente y Salud Mental. Sin embargo, estas intervenciones operativamente se ejecutan por separado con el ente Rector de la Política de Desarrollo de la Mujer y la Familia (ISDEMU), donde las coordinaciones se dan pero en forma puntual.

Es de resaltar que muchas organizaciones de la sociedad civil tales como ICW Capítulo El Salvador, CEMUJER, Las Dignas, Las Mélicas y otras, sí ejecutan de forma directa intervenciones conjuntas para la prevención y atención del VIH y la VCM. Estas organizaciones que integran ambos problemas lo hacen mediante diferentes estrategias con apoyo de algunas instituciones autónomas como lo son la procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Otra evidencia encontrada sobre la intersección entre VIH/VCM fue producida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) a través de un estudio de violencia de género y relación con el VIH (julio 2008), el cual se realizó con 75 mujeres VIH + y 75 mujeres sobrevivientes de violencia de género.³⁷

Es importante destacar que según los actores clave entrevistados la integración de los dos fenómenos es una oportunidad para disminuir ambos problemas por su íntima relación.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- a. El VIH al igual que la VCM afecta a todos los grupos de edad. El grupo más afectado es la población de 20 a 34 años que representan un 51%. La población entre los 15 y 49 años conforma el 80% del total de casos, denotando que la mayor incidencia se concentra en personas económicamente productivas, en edad reproductiva y sexualmente activa.
- b. A pesar de las múltiples intervenciones y esfuerzos para controlar el VIH y la VCM por las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, no se ha logrado hasta ahora integrar y trabajar de forma conjunta un modelo de atención de ambas epidemias.
- c. Las instituciones gubernamentales responsables de las intervenciones de la lucha contra el VIH (MSPAS, ISSS, CONASIDA), poseen muchas fortalezas que facilitarían la integración de las intervenciones para combatir el VIH y la VCM. Entre éstas se pueden mencionar las leyes, reglamentos, normativas, sistema de vigilancia epidemiológica, sistema de monitoreo y evaluación a nivel nacional y local, y capacidad instalada física nacional. A pesar de esas fortalezas, es importante resaltar la necesidad de contar con mayores recursos humanos capacitados de forma permanente en el manejo de ambas epidemias.
- d. La CONASIDA tiene un alto nivel de liderazgo en el sector salud al igual que la jefatura del programa VIH/SIDA del Ministerio de salud, esto les ha permitido establecer una sola normativa de atención integral a nivel nacional en el VIH/SIDA, que facilita el trabajo conjunto e integral en los temas de la VCM y el VIH.
- e. Los Programas que ejecuta el Ministerio de Salud sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres tienen enfoque de género, de derechos humanos y ya contemplan algunas acciones de la VIH y VCM. Entre estos programas podemos mencionar la Normativa de Atención Integral a la Mujer, al Adolescente y el Programa Nacional de Salud Mental.
- f. El ISDEMU (como ente rector y líder en la política de la mujer y familia del país) muestra toda la disposición e interés en trabajar en la integración de un modelo de atención a las mujeres en los temas de VCM y VIH.
- g. Las organizaciones no gubernamentales son actores con mucho liderazgo en el país, en las instituciones públicas y en la población en general. Estas organizaciones han ganado un rol protagónico en la lucha contra el VIH y la VCM, lo que es una gran fortaleza que debería considerarse en el diseño y puesta en práctica del modelo de atención integral de ambas epidemias.
- h. El Ministerio de Salud (Salud Integral de la Mujer, ITS-VIH/SIDA) define sus programas como de atención integral, sin embargo este concepto varía en ambas áreas a nivel operativo.

- i. Los planes de trabajo en respuesta al VIH son oportunos para establecer coordinación y lograr la incorporación de la VCM, al igual que el plan de respuesta a la VCM.
- j. Las instituciones autónomas tales como la Procuraduría de los Derechos Humanos hacen muchos esfuerzos por ayudar a las personas víctimas del VIH y la VCM. Entre estos esfuerzos podemos mencionar: diferentes declaraciones de derechos humanos de la mujer, niñez, familia, así como pronunciamientos en beneficio del respecto de los derechos humanos de estas personas, lo que contribuirá a facilitar la integración de las acciones en VIH y VCM ya que éstas son comunes a muchas instituciones, aunque siguen careciendo de una coordinación interinstitucional.
- k. Los organismos de cooperación (por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS)) poseen grandes potencialidades en cooperación técnica, así como mucho interés en el trabajo integrado de ambos temas.
- l. Es evidente que el VIH y la VCM no son solo problemas de salud, sino sociales, culturales y políticos, por lo que la respuesta a ambos debe ser amplia e integral para obtener mejores resultados.
- m. La VCM y el VIH afectan a toda la población, principalmente a la de menos educación y acceso a servicios básicos y de salud, por lo que es necesario impulsar y realizar campañas permanentes de información y concientización orientadas a disminuir ambos problemas.
- n. Todos los actores claves entrevistados demuestran mucho interés en profundizar y trabajar en un modelo de atención integral para combatir las epidemias del VIH y la VCM. Consideran importante trabajar en una primera etapa en un proyecto piloto en aquellas comunidades con mayores problemas sociales y con mayor capacidad instalada, que garantice el inicio de un modelo de atención integral en ambas problemáticas.

Recomendaciones

- a. Divulgar los resultados de este análisis situacional con las diferentes instituciones y organizaciones involucradas a nivel nacional en los temas del VIH y la VCM a todo nivel, con el objeto de que esto sea el inicio de un trabajo coordinado e integral en atención a ambas epidemias.
- b. Apoyar y fortalecer a las organizaciones e instituciones en el conocimiento y experiencia sobre la atención integral de ambos problemas.
- c. Crear y desarrollar una sola red nacional para la prevención y el combate a la epidemia del VIH/SIDA.
- d. Mantener un proceso continuo de capacitación y actualización sobre la prevención y atención de las epidemias del VIH y la VCM, a nivel de todo el territorio nacional y de todos los sectores.

- e. A las instituciones de gobierno rectoras en las dos temáticas, que fortalezcan las estrategias preventivas y de atención que las diferentes organizaciones de la sociedad civil han desarrollado y están ejecutando con mucho esfuerzo, con el objeto de aprovechar dichas capacidades ya instaladas y no duplicar esfuerzos.
- f. A las instituciones de gobierno rectoras en las dos temáticas, coordinar con la sociedad civil organizada, con las instituciones de defensa de los derechos humanos, con los organismos de cooperación, con la policía nacional civil y otras, para desarrollar y ejecutar un modelo de atención integral en VIH y VCM desde un enfoque de derechos humanos a nivel nacional, velando por su estricto cumplimiento en todo el territorio nacional.
- g. Priorizar conjuntamente con todos los actores y sectores involucrados las comunidades más adecuadas para ejecutar un proyecto piloto que permita iniciar el trabajo permanente y coordinado de un modelo de atención integral de ambas problemáticas.
- h. A la CIM/OEA para que continúe promoviendo y fortaleciendo políticas y programas en torno a la prevención y atención de los principales problemas sociales que aquejan a nuestros países, en especial programas para combatir la violencia contra las mujeres por ser ésta la base de muchas consecuencias dañinas a toda la familia y sociedad Salvadoreña.

5. Bibliografía

- FESAL 2008 “Encuesta Nacional de Salud Familiar”.
- DIGESTYC “Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2008” Dirección General de Estadísticas y censos de El Salvador.
- PNUD Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo “Informe del Desarrollo Humano El Salvador 2007-2008”.
- Paz, Carolina y Rivas, Lorena “Violencia de Género y Relación con VIH El Salvador 2008” Julio 2008.
- Molina Vaquerano, Fabio “Defunciones por Homicidios en El Salvador Enero a Diciembre 2006” julio 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador “Medición del Gasto en SIDA año 2007”.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador “Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador Junio 2005 Mayo 2006”.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador “Política Nacional de Salud, Sistema Nacional de Salud” Agosto 2008.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador “Boletín Informativo año 2008”.
- ISDEMU Instituto salvadoreño de Desarrollo de la Mujer “Política Nacional de la Mujer” Noviembre 2008.

Sitios Web:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social <http://www.mspas.gob.sv/>
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) <http://www.isdemu.gob.sv/>
- Asociación de Mujeres por la dignidad y la Vida - Las Dignas <http://www.lasdignas.org>
- Asociación Atlacatl, Vivo positivo. <http://www.atlacatl.org.sv/>

- Fundación Nacional para la Educación y Acompañamiento de las Personas Infectada y Afectadas por el virus de Inmunodeficiencia humana VIH, FUNDASIDA. <http://www.fundasida.org>
- Centro de estudios de la Mujer (CEMUJER) <http://www.cemujer.org.sv>
- Movimiento de Mujeres “Mélida Anaya Montes” - Las Mélicas <http://www.lasmelidas.org>
- Comunidad Internacional de Mujeres <http://www.icwcapituloelsalvador.es.tl/>
- Corte Suprema de Justicia <http://www.csj.gob.sv>
- Fiscalía General de la República <http://www.fgr.gob.sv>
- Policía Nacional Civil <http://www.pnc.gob.sv>
- Ministerio de Educación <http://www.mined.gob.sv/>
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social <http://www.mtps.gob.sv/>
- Ministerio de Gobernación <http://www.gobernacion.gob.sv>
- Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) <http://www.sica.int/commca>

Acrónimos y abreviaturas

ARV	Antirretrovirales
FUNDASIDA	Fundación contra El SIDA
CAI	Centro de Atención Integral
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
CB	Canasta Básica
ISDEMU	Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer
CONASIDA	Comisión Nacional Contra el SIDA
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres, Representación El Salvador
PDDH	Procuraduría de la Defensa de los Derechos Humanos
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples realizada anualmente en El Salvador
FESAL	Encuesta de Salud Familiar
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDG	Índice de Desarrollo Potencial de Género
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PET	Población en Edad de Trabajar
PVVS	Personas Viviendo con VIH/SIDA
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TS	Trabajadora Sexual
USAID	Agencia Internacional de Estados Unidos para el Desarrollo
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana
VCM	Violencia contra las mujeres
VD	Violencia Doméstica
PEA	Población Económicamente Activa
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
CBA	Canasta Básica Alimentaria
AMSS	Área Metropolitana de San Salvador
FGR	Fiscalía General de la República
IML	Instituto de Medicina Legal
PNC	Policía Nacional Civil