

BARRERAS Y ACCESO A VACUNACIÓN COVID-19 PARA MUJERES RURALES EN EL SALVADOR

**AGENDA
REGIONAL**
PARA UNA
**VACUNA
UNIVERSAL**
CONTRA LA COVID-19

EL SALVADOR
2022

Con el apoyo de





ESTUDIO DE CASO: **BARRERAS Y ACCESO A VACUNACIÓN** **COVID-19 PARA MUJERES RURALES** **EN EL SALVADOR**

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN, CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE LA MUJER (IMU)

OXFAM EN EL SALVADOR

Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19
Oxfam en América Latina y el Caribe

© Oxfam América Latina y el Caribe

Este documento forma parte de una serie de investigaciones efectuadas por Oxfam América Latina y el Caribe. Los estudios han sido realizados en siete países de Latinoamérica, con el apoyo de la Plataforma Vacunas para la gente en Latinoamérica y el Caribe, y conforman la Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19.

El presente documento corresponde al Estudio de caso de El Salvador, el cual fue realizado por el Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU), con el apoyo de Oxfam en El Salvador. El texto puede ser utilizado libremente para campañas informativas, procesos educativos, acciones de incidencia política y estudios de investigación científica, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa.

El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias o su uso en otras publicaciones, traducciones o adaptaciones, podrá realizarse después de haber obtenido el permiso correspondiente y puede requerir el pago de una tasa.

Oxfam y el IMU son organizaciones miembros del capítulo latinoamericano de Vacunas para la Gente. El objetivo de Oxfam y el IMU es colaborar con la construcción de la agenda regional relacionada al manejo adecuado de la pandemia de la COVID-19 en Latinoamérica. En este marco, ambas organizaciones realizan acciones encaminadas al goce efectivo del derecho a la salud, promueven el acceso justo a tecnologías sanitarias e impulsan el uso eficaz y transparente de los fondos públicos de los gobiernos y organismos multilaterales en la respuesta frente a la COVID-19 y futuras pandemias.

Esta es una iniciativa impulsada por el Programa de Oxfam en Centroamérica en Guatemala, El Salvador y Honduras.

Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer

Breny Herrera, Directora Ejecutiva

Oxfam en El Salvador

Ana Iris Martínez, Responsable de País

Karla Castillo, Responsable de Migración y Desigualdad

Equipo de Investigación

Karla Castillo

Blanca Benavides

Edición

Maite Mata

Diseño

Verónica Gálvez

ÍNDICE

Abstracto	6
Introducción	7
I. Una mirada a la vacunación COVID-19 en El Salvador	9
1.1. Aciertos y desaciertos para responder a la pandemia	9
1.2. Estadísticas del impacto del coronavirus	10
1.3. La administración de la vacunación	10
II. Estudio de Caso sobre la vacunación COVID-19 de las mujeres rurales	14
2.1. Alcance, metodología y limitaciones	14
2.2. Las mujeres rurales en El Salvador	15
2.3. Caracterización de los municipios	16
2.4. Caracterización de las mujeres rurales de los municipios estudiados	18
2.5. Acceso a la vacuna COVID-19 de mujeres rurales	25
2.6. Actitud de las mujeres rurales frente a la vacuna	29
2.7. Dificultades de las mujeres rurales para acceder a la vacuna	30
III. Conclusiones y recomendaciones	34
3.1. Conclusiones	34
3.2. Recomendaciones	36
Referencias bibliográficas	38

ABSTRACTO

El Salvador se ha destacado por avanzar rápidamente en la carrera por inmunizar a la población contra la enfermedad del coronavirus (COVID-19). El porcentaje de población vacunada con ambas dosis fue del 62.7%, a diciembre de 2021, hecho que lo ubicó como el octavo país con mayor porcentaje de vacunación en Latinoamérica.

Sin embargo, el reto para el país consistió en diseñar políticas diferenciadas para alcanzar a poblaciones en situación de vulnerabilidad, con mecanismos de acercamiento e inclusión.

Las mujeres rurales, en particular, enfrentaron diversas barreras para acceder a la vacunación, entre ellas, tecnológicas, por motivos de distancia y movilización, económicas y culturales, debido a los roles de género y creencias.

El presente Estudio de Caso evidencia la necesidad de robustecer el sistema de sanidad de El Salvador con más inversión pública, fortalecer el rol de los gobiernos locales, llevar la vacunación al nivel comunitario y diseñar e implementar campañas informativas a fin de asegurar que las mujeres rurales accedan a los planes de vacunación en igualdad de condiciones.



INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó, a inicio del 2022, que el 63 % de la población en Las Américas estaba plenamente vacunada contra la COVID-19 y, con ello, la región lograba una de las tasas de vacunación más altas en el mundo. Sin embargo, el acceso a vacunación sigue siendo desigual para los países de menores ingresos (DW, 2022).

A la fecha, en muchos países no se ha alcanzado el suficiente suministro de vacunas para llegar al 70% de cobertura; en otros casos, la incapacidad de los sistemas de salud para agilizar los procesos de vacunación ha generado situaciones en las que las vacunas no llegan a las poblaciones prioritarias a tiempo, ocasionando su vencimiento y el malgasto de grandes cantidades de dinero público.

El Salvador registró el 68% de la población vacunada con dosis completa, hasta octubre del 2022, según el protocolo inicial (dos dosis), lo cual representa un avance reconocido de inmunización. Pero, persiste la inquietud si la vacunación ha sido igualitaria hacia todos los grupos poblacionales y sobre los elementos que podrían impedir que grupos específicos accedan a la vacuna en igualdad de condiciones.

Una de cada cinco personas salvadoreñas, es decir, el 19.8%, afirma estar muy o algo en desacuerdo con la seguridad de las vacunas. La proporción de personas que opina que las vacunas son muy inseguras o algo inseguras es mayor para el área rural, pues representa el 23.3%; esta valoración es compartida por el 20.1% de las juventudes, el 21.2% de las personas adultas de 30 a 64 años y el 20.8% de personas con estudios de secundaria (Fundaungo, 2022).



Por las razones antes mencionadas, Oxfam en El Salvador y el Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU), en el marco del proyecto regional “Vacunas y Desigualdades de Oxfam LAC”, realizaron el presente estudio sobre los avances y retos en cuanto al acceso a vacunas de mujeres rurales en El Salvador para protegerse de la COVID-19.

El estudio se focalizó en seis municipios del departamento de Usulután, al oriente del país: Jucuarán, Ereguayquín, Jiquilisco, California, Santiago de María y Nueva Granada, con el objetivo de conocer las experiencias y percepciones en el acceso a vacunación de mujeres rurales de estos territorios, así como para identificar las barreras en el acceso y las lecciones para mejorar los procesos de vacunación.

La investigación se desarrolló como un estudio de caso de metodología científica mixta, combinando el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas.

La recolección de la información se realizó mediante las siguientes técnicas: 1) una encuesta para la caracterización sociodemográfica, aplicada a 61 mujeres; 2) una guía semiestructura, la cual fue aplicada a seis grupos focales integrados por las mujeres encuestadas; y, 3) entrevistas a profundidad realizadas a dos representantes de las alcaldías municipales.

El documento está estructurado en tres apartados. El primero describe la situación general sobre la vacunación de la COVID-19 en El Salvador. El segundo incluye una breve caracterización de los municipios y de las mujeres rurales, presenta los factores determinantes del proceso de vacunación, así como el rol de los gobiernos locales. El último apartado resume las principales barreras identificadas para el acceso a la vacunación y las recomendaciones para avanzar en el acceso igualitario a la vacunación de las mujeres rurales.

El estudio fue posible por el compromiso y la confianza de las mujeres participantes, para ellas, nuestro agradecimiento y respeto por aportar su tiempo y sus opiniones.

Finalmente, esperamos que este estudio sirva de referencia para la toma de decisiones y para futuras líneas de intervención de las políticas públicas en materia de salud para garantizar la inclusión de las mujeres rurales.



I. UNA MIRADA A LA VACUNACIÓN COVID-19 EN EL SALVADOR

1.1. ACIERTOS Y DESACIERTOS PARA RESPONDER A LA PANDEMIA

La pandemia de la COVID-19 fue una prueba a los sistemas de protección social y de salud de los Estados. La crisis puso en la mira la acción de los Estados quienes tienen la responsabilidad primordial de garantizar la protección de toda la población de manera equitativa y de llevar a cabo políticas para resguardar su vida, salud y bienestar.

La pandemia ha sido uno de los retos sanitarios más grandes en la historia reciente y ha dejado en evidencia las debilidades de los sistemas políticos y cuáles deberían ser las apuestas en materia de política pública para la prevención y respuesta a crisis de esta envergadura.

De acuerdo con el estudio “La sombra de la austeridad ¿Quién paga la cuenta del Covid-19 en América Latina y el Caribe?”, publicado por Oxfam (2022), El Salvador fue el país de la región que desplegó el mayor esfuerzo fiscal en medidas por la COVID-19, cerca del 11.1% del PIB, cuando el promedio en Latinoamérica fue de 3.9% del PIB.

La Asamblea Legislativa le autorizó al Ejecutivo la adquisición de deuda por hasta USD 2000 millones para los gastos que implicaba la emergencia sanitaria y el presupuesto en salud fue incrementado al 2%.

En cuanto a vacunación, El Salvador se ha destacado en avanzar rápidamente en la carrera por garantizar vacunas para inmunizar a la población. El porcentaje de población vacunada con ambas dosis fue del 62.7%, a diciembre de 2021, hecho que lo ubicó en el octavo país con mayor porcentaje de vacunación en Latinoamérica.

En septiembre de 2021, el Gobierno de El Salvador anunció la aplicación de la tercera dosis y, en marzo de 2022, anunció la cuarta dosis para reforzar la inmunidad.

A pesar de los esfuerzos positivos en vacunación, la pandemia puso en evidencia las desigualdades en el acceso a los servicios de salud para toda la población, provocando colapsos en las redes hospitalarias ante los fluctuantes niveles de contagio, deficiencia en la atención y escasez de medicamentos para pacientes con otros padecimientos. Por ejemplo, algunos hospitales nacionales quedaron desabastecidos médicamente para atender enfermedades crónicas como el cáncer (Fudecen, 2022).

El Salvador fue de los primeros países en Latinoamérica en tomar medidas altamente restrictivas para contener la propagación del virus. En este marco, decretó Emergencia Sanitaria el 23 de enero del 2020, por la probable llegada de casos sospechosos de COVID-19.

Posteriormente, el Órgano Ejecutivo decretó cuarentena obligatoria el 11 de marzo de 2020, con un aislamiento total que significó el cierre de los aeropuertos, aduanas terrestres y marítimas y la limitación a la movilidad de las personas. La población salvadoreña pasó ochenta y cinco días de cuarentena obligatoria, podía ser detenida por la fuerza pública y llevada a un centro de contención por romper cuarentena.

1.2. ESTADÍSTICAS DEL IMPACTO DEL CORONAVIRUS

Las estadísticas del brote de coronavirus en el mundo registran, aproximadamente, 542,188,789 millones de personas infectadas y más de 6,329, 275 personas fallecidas, a junio del 2022. América Latina suma 70,904,204 personas infectadas, que equivale al 13% de la población mundial, y registra 1,687,236 decesos, es decir, el 26.7% del total mundial.

Las estadísticas públicas de El Salvador en la plataforma oficial de seguimiento a la COVID-19 no tienen una segregación detallada de características demográficas, por edad o género, por tanto, no es posible saber con precisión quiénes han sido las poblaciones más afectadas.

Sin embargo, Fundaungo (2022) realizó una sistematización tomando como base datos difundidos a través de las cuentas oficiales del Presidente de la República y del Ministerio Salud; el estudio le permitió identificar que, desde el inicio de la pandemia hasta julio del 2022, fueron reportados 2,495 hombres (59.5%), 1,692 mujeres (40.4%) y cinco personas fallecidas de sexo sin especificar (0.1%). Con base en estos datos, para julio del 2022, el número de personas infectadas de la COVID-19 se estima en 169,646 personas, mientras que las fallecidas ascienden a 4,192 personas.

La tasa por 100,000 habitantes lleva a proyectar el número acumulado de personas fallecidas, con este parámetro significaría que, entre el 31 de marzo de 2020 a julio de 2022, la tasa de decesos fue de 84.3 para los hombres y de 50.1 para las mujeres.

Para tener un cálculo más preciso del impacto total de la pandemia, según el número de personas fallecidas, es necesario incluir una estimación de muertes que no fueron diagnosticadas ni notificadas correctamente

debido a la falta de pruebas, así como incluir otras muertes no provocadas directamente por el virus, pero sí por causas relacionadas a esta (Fudecen, 2022). Por ejemplo, considerar las personas con enfermedades crónicas que debido al confinamiento no pudieron acceder a su tratamiento, o que debido al contagio del virus empeoraron su condición médica previa.

Según la OPS, en la última oleada, más de la mitad de las muertes corresponden a personas mayores de 65 años y de personas que aún no habían recibido la vacuna. Si bien, la vacunación no impide contraer el virus, sí eleva los niveles de inmunidad y resistencia a la enfermedad. Las personas no vacunadas, independientemente de la edad, tuvieron más probabilidades de enfermarse críticamente de la COVID-19 e incluso de fallecer (Fudecen, 2022).

Las autoridades de salud en El Salvador no han puesto a disposición pública estadísticas desagregadas sobre contagios y fallecimientos o sobre la proporción de personas fallecidas de acuerdo con el número de dosis recibidas; en el país, aún está pendiente dar a conocer esta información y promover campañas de sensibilización para incentivar la vacunación en la población.

1.3. LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNACIÓN

Las vacunas contra la COVID-19 recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son muy eficaces para prevenir la enfermedad grave, la hospitalización y la muerte contra todas las cepas del virus, incluidas sus variantes; las vacunas reducen la transmisión del virus, aunque no previenen la infección por completo (OPS, 2022).

La vacunación es una de las medidas más costo efectivas para controlar la pandemia, mitigando no sólo el impacto en la salud y el sistema público sanitario, sino, también, su consecuente impacto en la economía y otros costos sociales.

Para la administración de la vacunación COVID-19 de El Salvador, el Ministerio de Salud (MINSAL) diseñó los Lineamientos Técnicos para la Vacunación contra el SARS-CoV-2 (MINSAL, 2022a), a fin de establecer las disposiciones técnicas al personal de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud en los procesos de conservación, el transporte y aplicación de la vacuna a la población objetivo.

El 17 de febrero del 2021, un año después de haberse declarado la emergencia sanitaria, se administró la primera dosis de vacuna contra la COVID-19 en El Salvador, a una enfermera en primera línea.

A partir de entonces, se inició el proceso de vacunación en tres fases: la primera fase inició con el personal de primera línea. La segunda fase inició en el mes de abril del 2021, y consistió en la aplicación de la vacuna

a personas mayores de 60 años y a personas de cualquier edad con enfermedades crónicas y degenerativas consideradas de alto riesgo. El tercer segmento de población en recibir las vacunas fueron las personas de 18 años y más, posteriormente, personas entre 12 y 18 años y, por último, de seis años en adelante.

Según los registros oficiales, a julio del 2022, se había administrado un total de 10,962,238 dosis de vacunas contra la COVID-19. Para esa fecha, el 68.16% de la población había recibido una dosis completa de inmunización de dos dosis. Esto implica que un 31.84% de la población no contaban con el esquema completo de vacunación. Los datos también reflejan que, a pesar de los esfuerzos del sistema de salud, el 27.19% de la población salvadoreña no ha recibido ni una sola dosis de vacunación contra la COVID-19.

TABLA 1

Vacunas administradas al 8 de julio de 2022

Dosis	Nacionales	Personas extranjeras	% nacionales vacunados
Primera dosis	4,602,143	16,999	72.81%
Segunda dosis	4,308,307	14,223	68.16%
Tercera dosis	1,725,905	4,748	27.30%
Cuarta dosis	325,883	552	5.15%
Total	10,962,238	36,522	

Nota. Elaboración propia con base en la información del MINSAL (2022b). La población total tomada como referencia para el porcentaje de nacionales vacunados es de 6,321,042, según datos extraídos de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC, 2022).



Los Lineamientos Técnicos para la Vacunación contra el SARS-CoV-2, (MINSAL, 2022a) señalan los criterios aplicados en El Salvador para identificar a la población vulnerable frente a la COVID-19 y, consecuentemente, para proceder a la vacunación, estos fueron:

- La función laboral que desempeña una persona. En este caso, se priorizó al personal llamado personal de primera línea: personal del Sistema Nacional Integrado de Salud que brinda atención directa a pacientes, así como personal técnico y administrativo, personas encargadas de la seguridad nacional que pertenecen a la Policía Nacional Civil, Fuerza Armada, centros penales, fronteras terrestres, marítimas y aéreas; cuerpos de socorro, así como personal docente y administrativo de centros educativos.
- La edad, priorizando población mayor de 60 años y ampliando gradualmente hacia poblaciones de menor edad, según disponibilidad y avance en vacunación.
- Personas de cualquier edad con enfermedades crónicas y degenerativas.

Haber establecido los lineamientos y poblaciones priorizadas aseguró que El Salvador avanzara hacia una vacunación ordenada de acuerdo con la capacidad de su sistema de salud.

El reto en la administración de la vacunación y la pandemia para el país fue lograr políticas diferenciadas para alcanzar a otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, quienes requerían de mecanismos de acercamiento e inclusión que no figuraron en la respuesta de país.

La Colectiva Feminista para el Desarrollo Local (2020) analizó 43 de 87 decretos expedidos por el órgano ejecutivo y judicial de El Salvador para atender la pandemia, durante los meses de enero a julio de 2020. El estudio relevó que ningún decreto contenía disposiciones para las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, como las niñas y adolescentes, las mujeres migrantes y desplazadas, las mujeres con discapacidad, embarazos y lactantes, privadas de libertad, mujeres con VIH, mujeres con orientación sexual e identidad de género diversas, ni para las mujeres rurales.

La definición de población vulnerable utilizada por el Decreto Legislativo Número 661 (2020), en el Artículo 3, fue la siguiente: grupo de personas que se encuentran en mayor medida, expuestos a sufrir COVID-19 a su condición psicológica, física y mental, entre otras. Esta definición responde a un enfoque sanitario, pero no hace referencia a la complejidad de las poblaciones en condición de vulnerabilidad o a las barreras que pudieran impedir el acceso a la vacunación.



TABLA 2*Periodos de apertura de acceso a vacunación según características poblacionales*

Fechas	Características de las personas
17 de febrero de 2021	Personal de primera línea: salud, Policía Nacional Civil, Fuerza Armada, Bomberos, personal docente del sector público y privado.
8 de abril de 2021	Personas mayores de 70 años y personas con enfermedades crónicas degenerativas.
12 de abril de 2021	Personas mayores de 60 años y personas con enfermedades crónicas degenerativas.
22 de abril de 2021	Personas mayores de 55 años. La vacunación continúa activa para todas las personas que pertenecen a los grupos anteriores.
2 de mayo de 2021	Personas mayores de 50 años.
26 de mayo de 2021	Personas mayores de 45 años. La vacunación continúa activa para todas las personas que pertenecen a los grupos etarios habilitados con anterioridad.
2 de junio de 2021	Personas mayores de 40 años. La vacunación se mantiene activa para todas las personas que pertenecen a los grupos etarios habilitados con anterioridad.
15 de junio de 2021	El sistema de salud pública pone a disposición un correo electrónico para recibir solicitudes de vacunación contra la COVID-19 de personas con enfermedades crónicas y que su número de documento único de identidad personal no aparece registrado en el sitio de la vacunación. El correo electrónico fue:
23 de junio de 2021	Personas mayores de 30 años. La vacunación continúa activa para todas las personas que pertenecen a las fases anteriores.
3 de julio de 2021	Personas mayores de 25 años. La vacunación continúa activa para todas las personas que pertenecen a las fases anteriores.
9 de julio de 2021	Personas mayores de 18 años. La vacunación continúa activa para todas las personas que pertenecen a las fases anteriores.
22 de julio de 2021	Todos los grupos etarios, previa cita, a través del siguiente enlace web:
29 de julio de 2021	Personas mayores a 12 años.
13 de septiembre de 2021	Niñas y niños de 6 a 11 años.
23 de septiembre de 2021	Todos los grupos etarios incluyendo niñas y niños a partir de los 6 años, mujeres embarazadas a partir de las 6 semanas de gestación.
24 de septiembre de 2021	Tercera dosis para: personal de salud y docentes del sistemas público y privado, Fuerza Armada de El Salvador, Policía Nacional Civil, Bomberos de El Salvador, Protección Civil, personal de droguerías, farmacias y laboratorios, comórbidos, todas las personas mayores de 60 años, Cruz Roja, Cruz Verde, Comandos de Salvamento, Camilleros de El Salvador y todos los cuerpos de socorro.
5 de octubre de 2021	Tercera dosis para mayores de 18 años.
6 de octubre de 2021	Inició vacunación casa por casa.
18 de marzo de 2022	Cuarta dosis para todas las personas que deseen aplicársela.

Nota. Elaboración propia con base en la información del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica (2022).

II. ESTUDIO DE CASO SOBRE LA VACUNACIÓN COVID-19 DE LAS MUJERES RURALES

2.1. ALCANCE, METODOLOGÍA Y LIMITACIONES

El objetivo del estudio fue explorar el acceso a la vacunación COVID-19 de mujeres rurales e identificar las barreras y lecciones para mejorar los procesos de vacunación en El Salvador.

Los municipios seleccionados para efectuar la búsqueda de información pertenecen al departamento de Usulután, estos son: California, Ereaguayquín, Jiquilisco, Jucuarán, Nueva Granada y Santiago de María.

Los seis municipios fueron seleccionados debido a la viabilidad e importancia social.

El Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU), quien lideró este estudio, tiene presencia en dichos municipios, pues ejecuta proyectos de empoderamiento de derechos y autonomía económica para el beneficio de las mujeres.

La selección consideró, además, características sociodemográficas. Los municipios son tipificados como rurales, con una población de más de 100 mil personas, de las cuales 53.86 % son mujeres y 46.14 % son hombres (DIGESTYC, 2022).

El estudio es exploratorio de metodología mixta, pues utilizó la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas y la revisión bibliográfica.

La información primaria fue obtenida mediante las siguientes técnicas: 1) una encuesta para la caracterización sociodemográfica, la cual fue aplicada a 61 mujeres de los municipios seleccionados; 2) una guía semiestructura

que sirvió como instrumento para recoger la perspectiva de participantes en seis grupos focales, conformados por las mujeres encuestadas y 3) dos entrevistas a profundidad, que fueron realizadas a representantes de las alcaldías municipales.

La información se recolectó de forma presencial, en puntos de encuentro de las comunidades donde las mujeres habitan. Las personas objeto de estudio fueron las siguientes: 61 mujeres encuestadas y 64 mujeres participantes de los grupos focales.

Cabe decir que la investigación registró mayor participación en los municipios de Jiquilisco y California, y estuvo por debajo de lo esperado en los municipios de Ereaguayquín, Jucuarán y Nueva Granada. Las limitantes de las mujeres a participar pudieron deberse a su poca disponibilidad de tiempo porque ejecutan labores de cuidado o de trabajo.

Por otro lado, el estudio proyectó realizar seis entrevistas a las alcaldías (una por cada municipio de estudio), pero sólo fue posible efectuar dos, una en Santiago de María y la otra en Ereaguayquín.

Es necesario destacar que los resultados del estudio privilegian la información proveniente de las personas participantes porque hubo limitaciones para acceder a fuentes documentales de instituciones oficiales.

El IMU realizó la gestión de información a las municipalidades, pero las de California, Jiquilisco, Jucuarán y Nueva Granada expusieron que no tenían información sobre vacunación COVID-19.

Posteriormente, se efectuó la gestión de información a las Unidades de Salud de los municipios seleccionados para solicitar datos actualizados sobre personas infectadas con la

COVID-19, y no fue posible obtener respuesta. Las solicitudes de información fueron dirigidas al SIBASI y, luego, fueron remitidas a la Unidad Departamental del sistema de salud. También se realizó la solicitud de información a las Oficinas de Información y Respuesta (OIR).

A pesar de los esfuerzos, no fue posible acceder a información pública desagregada a nivel local. Por tanto, los datos principales para este estudio provienen de fuentes primarias de información (encuestas y entrevistas). También se ha completado con fuentes secundarias cuando ha sido necesario.

TABLA 3
Mujeres encuestadas y participantes en los grupos focales

Municipios	Mujeres encuestadas	Mujeres en grupos focales
California	11	10
Ereguayquín	9	9
Jiquilisco	14	15
Jucuarán	8	10
Nueva Granada	9	10
Santiago de María	10	10
Total	61	64

Nota. Elaboración propia.

2.2. LAS MUJERES RURALES EN EL SALVADOR

Las mujeres han desempeñado un rol clave en el sector rural, particularmente en labores de cuidado y crianza, así como en labores de producción, abastecimiento y comercialización de alimentos, también en la preservación de conocimientos y saberes tradicionales. Estas actividades se conjugan con el rol protagónico de las mujeres en las actividades reproductivas que conciernen a la reproducción de la vida, la crianza y el cuidado domésticos y de los hijos

y, en un sentido amplio, a la reproducción del sistema social al que pertenecen a partir del medio doméstico en el que se desenvuelven (SICA, 2021).

A pesar del rol clave de las mujeres rurales como sujetas de derecho y como dinamizadoras de sus familias y comunidades, su aporte está invisibilizado, lo cual se traduce en que sus necesidades particulares quedan anuladas en el diseño de las políticas públicas. Se estima que un 38% de la población salvadoreña es rural, de un total poblacional de 6,704,864 personas. La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM) del 2019 consigna un total de población rural de 1,231,520 hombres y de 1,338,984 mujeres, lo cual representa una proporción de 47.9% de hombres y un 52.09% de mujeres (DIGESTYC, 2022).

En este marco, la formulación de políticas públicas debe incluir un enfoque de género y sensibilidad a la realidad particular de las mujeres rurales para que logren acceder a servicios y acciones públicas en condiciones de igualdad, porque, con base en los datos anteriores, el 20% de la población salvadoreña equivale a mujeres rurales.



TABLA 4*Datos económicos y poblacionales de las mujeres rurales en El Salvador*

Rubro	Total
Porcentaje de población femenina total	52.9%
Porcentaje de población femenina rural	19.9%
Tasa específica de participación de las mujeres rurales en el mercado laboral	35.2%
Ingreso promedio mensual para población femenina rural en el sector de agricultura, ganadería y caza	152.6 USD
Tiempo semanal promedio que dedican las mujeres rurales a trabajo doméstico no remunerado	39.1 horas
Proporción de mujeres rurales sin ingresos propios	51.4 %
Índice de feminidad en los hogares pobres rurales	106.2
Número de mujeres productoras agropecuarias	37,744
Porcentaje de mujeres productoras agropecuarias propietarias de tierra	19.3%

Nota. Fuente: Garza, C. (2020).

2.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS MUNICIPIOS

Los municipios seleccionados para este estudio de caso son: California, Ereguayquín, Jiquilisco, Jucuarán, Nueva Granada y Santiago de María, todos pertenecen al departamento de Usulután y están catalogados como rurales.

Los seis municipios cuentan con una población de poco más de 100,000 habitantes, lo que representa el 28.85% de la población del departamento de Usulután, donde habitan 349,229 personas. El 46.6% corresponde a la población de hombres y el 53.4% corresponde a la población de mujeres (DIGESTYC, 2021).

En 2021 la tasa de pobreza alcanzó el 17.4% en este departamento y la pobreza extrema llegó al 9.1% (DIGESTYC, 2021).

Los municipios de Jucuarán, Nueva Granada y Santiago de María se ubican en extrema pobreza alta, mientras que California, Ereguayquín y Jiquilisco se ubican en extrema pobreza media.

Usulután cuenta con tres hospitales públicos, dos de los cuales están ubicados en Jiquilisco y Santiago de María, el resto cuenta con Unidades de Salud Familiar. Todos los municipios seleccionados para el presente estudio poseen Centros Escolares.

TABLA 5*Población por municipio desagregada por sexo*

Municipios	Mujeres	Hombres	Total
California	1,545	1,330	2,875
Ereguayquín	3,594	3,245	6,839
Jiquilisco	26,912	22,923	49,835
Jucuarán	7,048	5,521	12,569
Nueva Granada	4,428	3,980	8,408
Santiago de María	10,807	9,550	20,357
Total	54,334	46,549	100,883
	53.4%	46.6%	

Nota. Elaboración propia con base en datos de la DIGESTYC (2021).

JUCUARÁN

Jucuarán tiene una extensión territorial de 239.69 Km² con una densidad de población de 58 habitantes por Km².

El municipio registra un 42.9% de la población en pobreza, de las cuales el 6.3% vive en condiciones de pobreza extrema y el 36.7% en pobreza relativa (DIGESTYC, 2021).

El municipio tiene a disposición 35 Centros Educativos del sector público (MINED, 2021) y cuatro Unidades Comunitaria de Salud Familiar (MINSAL, 2014).

NUEVA GRANDA

Nueva Granada presenta una extensión territorial de 89.73 Km² y una densidad poblacional de 93 habitantes por Km².

El municipio contabiliza un 84.4% de población en situación de pobreza, por lo que fue clasificado como de pobreza severa en 2018 (FISDL, 2018). Sin embargo, no existe una medición actualizada en la materia.

En cuanto a infraestructura pública, Nueva Granada cuenta con 18 Centros Educativos y con dos Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

JIQUILISCO

Jiquilisco tiene una extensión territorial de 429.99 Km² y una densidad de población de 121 habitantes por Km².

El 26.6% de la población se encuentra en condición de pobreza, el 6.5% en pobreza extrema y el 20.1% en pobreza relativa (DIGESTYC, 2021).

Jiquilisco posee 66 Centros Educativos (MINED, 2021), alberga un hospital público, el "Hospital Nacional de Jiquilisco" y ocho Unidades Comunitarias de Salud Familiar (MINSAL, 2022c).

SANTIAGO DE MARÍA

Santiago de María es el municipio más densamente poblado de los seis analizados, registrando en 2022 una densidad poblacional de 537 habitantes por Km², y una extensión territorial es de 37,71 Km².

El 20.6% de la población vive en condiciones de pobreza, con un 2.4% en pobreza extrema y un 18.2% en pobreza relativa (DIGESTYC, 2021).

En el municipio funciona un hospital de la red de salud pública (MINSAL, 2022c), una Unidad Comunitaria de Salud familiar (MINSAL, 2014) y cuenta con 21 Centros Educativos.

EREGUAYQUÍN

Ereguayquín tiene una extensión territorial de 28.01 Km² y una densidad de población de 106 habitantes por Km².

No se cuenta con un registro oficial actualizado sobre los niveles de pobreza en el municipio, pero el FISDL (2018) lo clasificó en pobreza moderada con un 44.5%.

El municipio cuenta con dos establecimientos de salud (MINSAL, 2014) y funcionan nueve Centros Escolares (MINED, 2021).

CALIFORNIA

California tiene la menor extensión territorial de los municipios analizados, con 24.41 Km², y una densidad poblacional de 121 habitantes por Km².

En cuanto a niveles de pobreza, al igual que para Nueva Granada y Ereguayquín, no se cuenta con información oficial disponible. Sin embargo, el municipio fue clasificado por el FISDL (2018) en pobreza alta con una tasa del 56%.

El municipio de California cuenta con un establecimiento de salud y cuatro Centros Educativos.

TABLA 6*Equipamiento en el municipio para atención en salud*

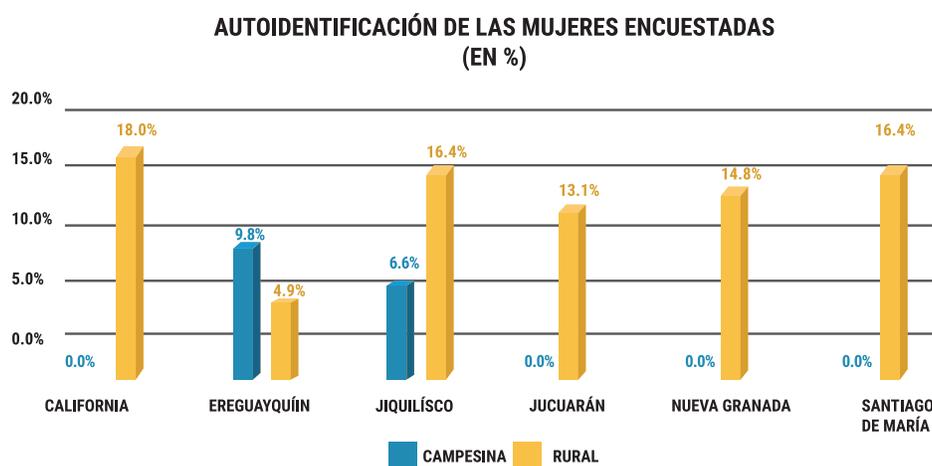
Municipio	Hospitales Nacionales	Unidades Comunitarias de Salud Familiar	Total
California	0	1	1
Ereguayquín	0	2	2
Jiquilisco	1	8	9
Jucuarán	0	4	4
Nueva Granada	0	2	2
Santiago de María	1	1	2
Total	2	18	20

Nota. Elaboración propia con en base datos del MINSAL (2014 y 2022c).

2.4. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES RURALES DE LOS MUNICIPIOS ESTUDIADOS

Este estudio encuestó a un total de 61 mujeres residentes en los seis municipios seleccionados, 51 mujeres se autodefinieron como rurales y diez como campesinas, estas últimas son de Ereguayquín y Jiquilisco. Para la mayoría de las mujeres la categoría de campesina no es parte de los elementos identitarios para hacer referencia al origen.

Las edades de las mujeres encuestadas oscilan entre 15 y 60 años o más, están distribuidas en los siguientes rangos de edad: el 11.48% entre los 15 y 18 años; el 19.67% entre 19 y 29 años; el 16.39% entre los 30 y 39 años; el 14.75% entre los 40 y 49 años; el 16.39% entre 50 y 59 años, y el 18.03% con 60 años o más. Es importante señalar que el 50.81% de las mujeres encuestadas están en las edades que asumen responsabilidades relacionadas con la vida productiva y reproductiva en sus hogares.

FIGURA 1*Autoidentificación de las mujeres encuestadas (en %)*

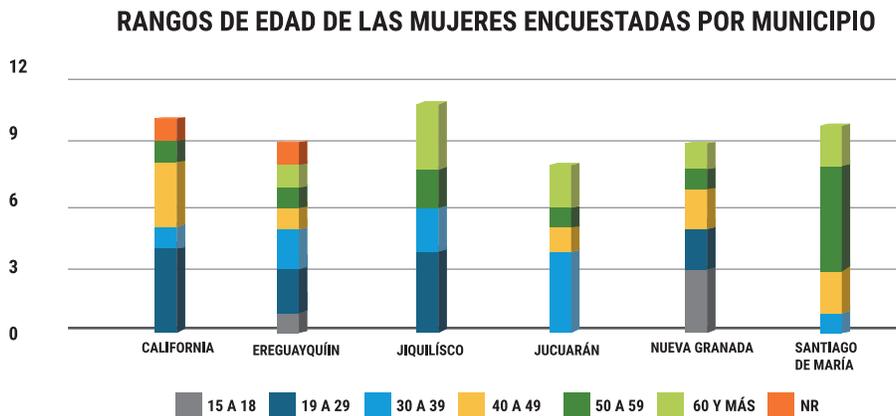
Nota. Elaboración propia.





FIGURA 2

Rangos de edad de las mujeres encuestadas por municipio

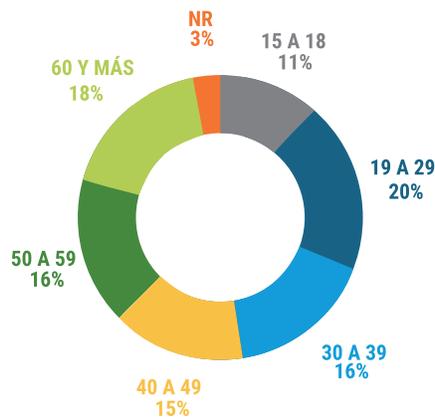


Nota. Elaboración propia.

FIGURA 3

Edades del total de mujeres encuestadas (en %)

EDADES DEL TOTAL DE LAS MUJERES ENCUESTADAS EN (%)



Nota. Elaboración propia.

El estudio permitió determinar que, de las 61 mujeres encuestadas, el 55.73% están acompañadas o casadas (34 mujeres), con una mayor proporción en los municipios de Jiquilisco y Ereguayquín, mientras que el 32.79% son solteras, con mayor porcentaje en California y Santiago de María. Los estados familiares de las viudas representan un 6.56% y las separadas alcanzan un 3.28%.

Aunque todas las mujeres tienen responsabilidades familiares, las que están acompañadas, casadas, separadas y viudas suelen tener mayores responsabilidades en su grupo familiar, especialmente aquellas que están separadas o viudas. Este grupo suele tener mayores cargas de cuidado, crianza y de provisión económica a sus hogares y a sí mismas.

TABLA 7*Estado civil de las mujeres encuestadas (en %)*

Municipio	Acompañada	Casada	Otro	Separada	Soltera	Viuda	Total
California	6.56%	3.28%			6.56%	1.64%	18.03%
Ereguayquín	8.20%				4.92%	1.64%	14.75%
Jiquilisco	8.20%	6.56%	1.64%		4.92%	1.64%	22.95%
Jucuarán	3.28%	4.92%			4.92%		13.11%
Nueva Granada	6.56%	1.64%		1.64%	4.92%		14.75%
Santiago de María	4.92%	1.64%		1.64%	6.56%	1.64%	16.39%
Total	37.70%	18.03%	1.64%	3.28%	32.79%	6.56%	100.00%

Nota. Elaboración propia.

El 62.3 % de las mujeres encuestadas tiene de uno a tres hijos, el 6.56 % de 3 a 6, mientras que el 31.15 % no tienen ningún hijo o hija. El 63.93 % tiene de una a tres hijas y el 4.92 %, entre 4 y 6 hijas. Es decir, casi el 70 % de las mujeres rurales y campesinas tienen bajo su cuidado a

un hijo o una hija, lo que implica que, durante periodos de enfermedad como en el caso de la pandemia de la COVID-19, proveen cuidados particulares para resguardar la salud de sus familias, incrementando así las probabilidades de contagio.

TABLA 8*Número de hijos e hijas de las mujeres encuestadas*

Municipio	1 a 3 hijos	1 a 3 hijas	4 a 6 hijos	4 a 6 hijas	Ninguno	Total
California	6	8	2		3	11
Ereguayquín	6	6		1	3	9
Jiquilisco	7	7	1		6	14
Jucuarán	7	6		1	1	8
Nueva Granada	6	4		1	3	9
Santiago de María	6	8	1		3	10
Total	38	39	4	3	19	61

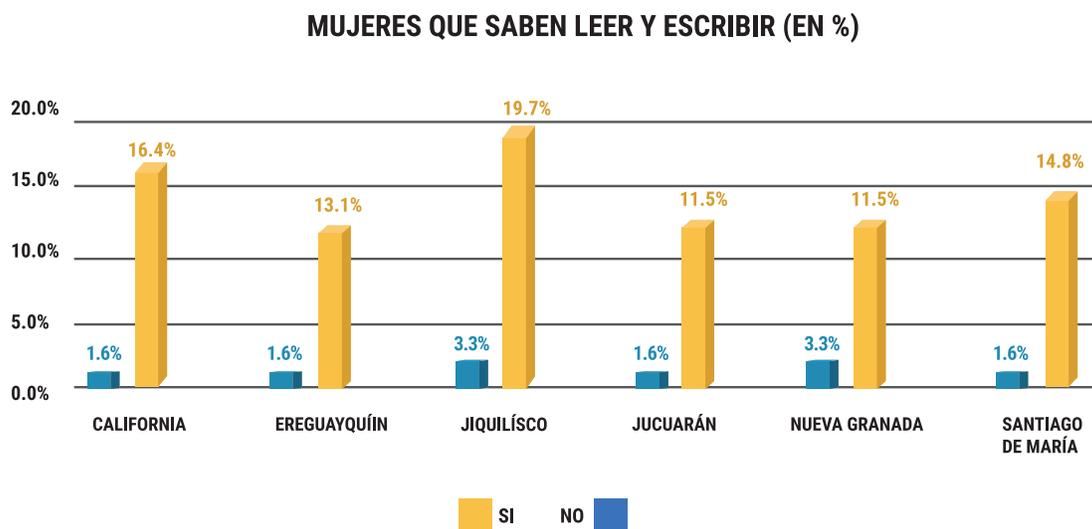
Nota. Elaboración propia.

El estudio identificó que 52 mujeres de las 61 encuestadas saben leer y escribir; significa que el 13.11% son mujeres en condición de analfabetismo, 1.4 puntos porcentuales por

arriba del promedio nacional, que es del 11.7% para las mujeres; y por debajo del promedio del área rural, que representa el 15.5% (DIGESTYC, 2021).

FIGURA 4

Mujeres que saben leer y escribir (en %)



Nota. Elaboración propia.

El 19.23% de las mujeres estudió primer ciclo, el 17.31% estudió segundo ciclo y el 19.23% alcanzó el tercer ciclo. En suma, el total de mujeres que tienen educación básica representa el 55.77%. El 36.54% reportó estudios de bachillerato y solamente un 1.92% estudios universitarios.

El nivel educativo es importante al momento de diseñar mecanismos o campañas de comunicación sobre la vacunación para este sector de la población.

El Gobierno habilitó un sistema electrónico online para verificar si una persona era accesible a vacunación y para programar una cita. Sin embargo, este mecanismo representa una barrera para las mujeres con bajo nivel

educativo formal, especialmente para aquellas de las zonas rurales que no saben leer y que no tienen acceso a tecnología.

Por otro lado, el Ministerio de Salud también habilitó jornadas de vacunación comunitaria, las cuales fueron anunciadas primordialmente en las redes sociales de instituciones o actores públicos, convirtiéndose en una dificultad de acceder a esta información por parte de las mujeres rurales con bajos niveles de educación y desconocimiento en el uso de la tecnología.

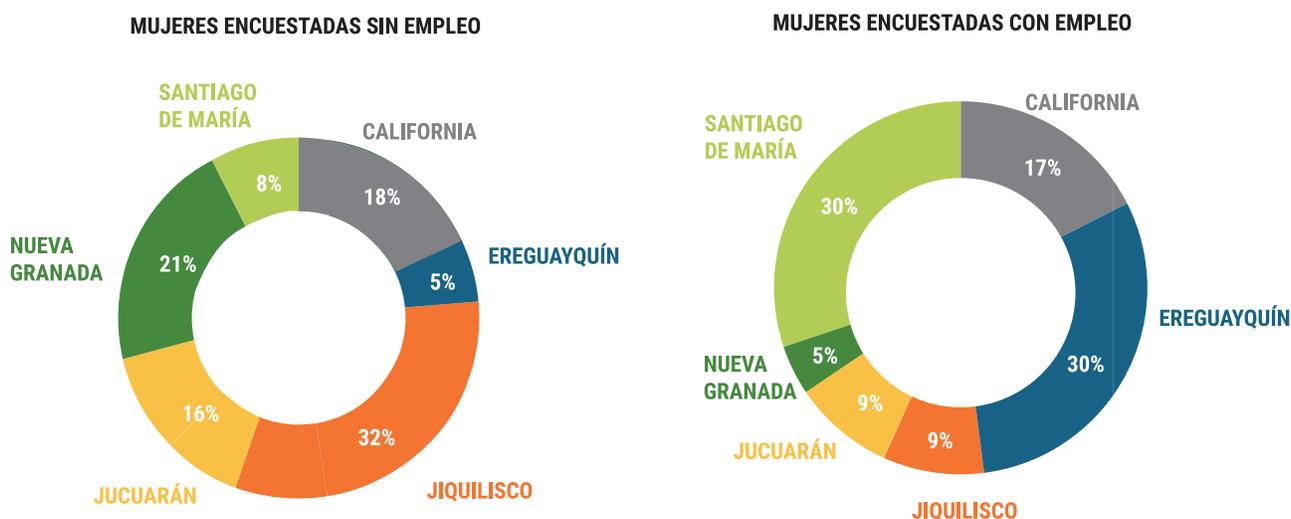
TABLA 9*Grados estudiados por las mujeres encuestadas*

Municipio	1er. Ciclo	2º. Ciclo	2º. Nivel alfab.	3er. Ciclo	Bach.	NR	Univ.	Total
California	2	4	0	3	0	0	1	10
Ereguayquín	3	0	0	4	1	0	0	8
Jiquilisco	2	4	0	1	4	0	0	11
Jucuarán	1	0	0	1	4	1	0	7
Nueva Granada	0	1	0	1	5	0	0	7
Santiago de María	2	0	1	0	5	1	0	9
Total	10	9	1	10	19	2	1	52

Nota. Elaboración propia.

El 37.7% (23 mujeres) del total de mujeres encuestadas afirma tener un empleo. El 83.33% de ellas se ubica en el sector informal de la economía y no recibe prestaciones sociales,

solamente 6 mujeres están empleadas en el sector formal, es decir, que tienen acceso a prestaciones sociales y al seguro médico público.

FIGURA 5*Mujeres encuestadas con y sin empleo (en %)**Nota. Elaboración propia.*

El 82% de las mujeres con empleo trabaja en el sector informal. El 42.10% de ellas afirmó que son amas de casa, otras tienen la ocupación de cocinera, negocio o artesana.

El resto de mujeres se ubica en empleos relacionados con los servicios, con excepción de tres que se dedican a la agricultura y confección de prendas de vestir.



Únicamente el 17.39% de mujeres con empleo está laborando de manera permanente (4 mujeres), el 13.04% trabaja a medio tiempo y el 69.57% trabaja por días o de manera temporal.

Las mujeres que expresan tener un empleo no cuentan con ingresos estables ni permanentes, en su mayoría, lo cual las mantiene en una alta situación de vulnerabilidad económica y limita su autonomía.

TABLA 10
Temporalidad del empleo

Municipio	Medio tiempo	Permanente	Por días	Temporal	Total
California		8.70%		8.70%	17.39%
Ereguayquín	13,04%	8.70%	8.70%		30.43%
Jiquilisco				8.70%	8.70%
Jucuarán			8.70%		8.70%
Nueva Granada				4,35%	4.35%
Santiago de María			26.09%	4.35%	30.43%
Total	13.04%	17.39%	43.48%	26.09%	100.00%

Nota. Elaboración propia.

TABLA 11
Temporalidad del empleo

Ocupación	Sector formal	Sector informal	Total
Agricultora	0	1	1
Ama de casa	0	5	5
Ama de casa y cocinera	0	1	1
Ama de casa y tiene un negocio	0	1	1
Artesana	0	2	2
Artesana y ama de casa	0	2	2
Confeccionista de prendas de vestir	0	2	2
Doméstica	0	1	1
Empleada	4	0	4
Oficios varios	0	1	1
Servicios varios	0	1	1
Sin respuesta	0	1	1
Venta de pasteles	0	1	1
Total	4	19	23

Nota. Elaboración propia.

El 100% de las mujeres encuestadas afirmó que recibía algún tipo de ingreso. El 91.80% obtiene entre \$1.00 y \$100.00, el 1.64% entre \$101.00 a \$200, y el 6.56% entre \$201.00 y \$300.00 dólares.

Estos ingresos son de subsistencia, tomando en cuenta el alto costo de la canasta básica alimentaria rural que alcanzó para el mes de agosto 2022 el monto de \$179.47 dólares (DIGESTYC, 2022).

TABLA 12

Número de mujeres por rangos de ingreso mensual en dólares (USD)

Municipios	Entre 1-100	De 101- 200	De 201-300	Total
California	10	0	1	11
Ereguayquín	7	0	2	9
Jiquilisco	13	1	0	14
Jucuarán	7	0	1	8
Nueva Granada	9	0	0	9
Santiago de María	10	0	0	10
Total	56	1	4	61

Nota. Elaboración propia.

Con base en los datos de ingreso, más del 90% de las mujeres rurales encuestadas no logra cubrir el costo de la canasta básica rural mensual, lo cual se traduce en la situación de inseguridad alimentaria a la que se enfrentan ellas y sus familias.

Los bajos ingresos también evidencian que las mujeres no cuentan con la capacidad económica para cubrir otras necesidades como la salud, y que en situaciones de crisis como la pandemia de la COVID-19 no cuentan con un respaldo económico para costear insumos de sanidad y prevención o para comprar medicamentos.

El 27.87% de las mujeres encuestadas afirmó que reciben remesas de familiares en el exterior, lo cual es un apoyo económico adicional para

solventar algunos costos de vida, el 72.13% expresó no recibir remesas.

El 88% de las mujeres que declaró recibir remesas del exterior, recibe montos entre \$50.00 hasta \$100.00 dólares, y el 12% recibe montos mayores a los \$100.00 dólares.

En El Salvador, las remesas se convierten en una fuente adicional de ingresos para hacerle frente a las necesidades diarias básicas. Estudios han reflejado que las personas receptoras de remesas destinan el 94.8% al consumo, específicamente a alimentación y vestuario, un monto lo utilizan para el pago de servicios del hogar y otro para gastos médicos.



TABLA 13

Número de mujeres que reciben remesas por rango de montos (USD)

Municipio	101 a 200	201 a 300	50 a 100	No recibe	Total
California	0	0	1	10	11
Ereguayquín	0	0	9	0	9
Jiquilisco	0	1	4	9	14
Jucuarán	0	0	1	7	8
Nueva Granada	1	0	0	8	9
Santiago de María	0	0	0	10	10
Total	1	1	15	44	61

Nota. Elaboración propia.

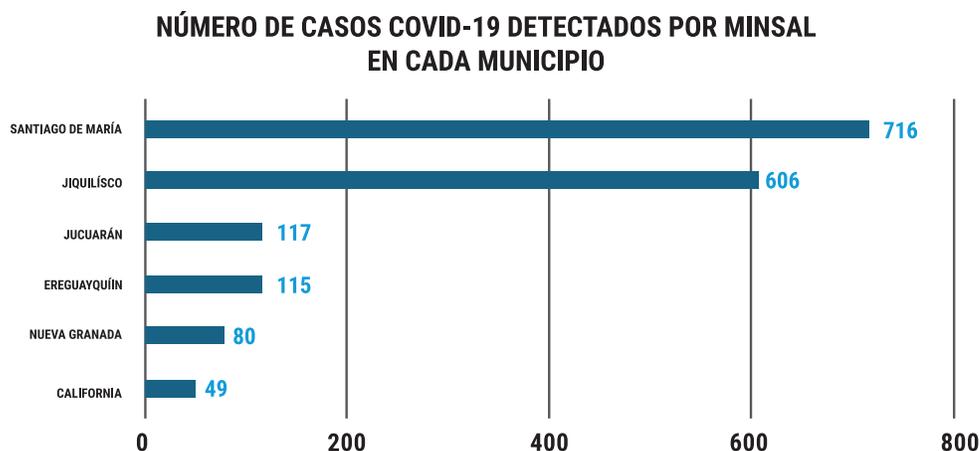
2.5. ACCESO A LA VACUNA COVID-19 DE MUJERES RURALES

El mapa de riesgo elaborado por el MINSAL (2022b) establece cinco categorías de clasificación de los municipios por nivel de riesgo de contagio de la COVID-19, estas son: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Cinco de los seis municipios analizados se encuentran catalogados como de muy bajo riesgo y sólo Jiquilisco está catalogado como de riesgo medio.

Los datos oficiales del sistema de salud reflejan que los municipios que forman parte del estudio con más casos registrados son: Santiago de María con 716 casos detectados y Jiquilisco con 606 casos. Los municipios con menor número de casos son: Nueva Granada con 80 casos y California con 49 casos. El departamento de Usulután registró un total de 6,486 casos detectados, lo que corresponde a un 3.2% de total nacional, es decir, 201,785 casos.

FIGURA 6

Número de casos de COVID-19 detectados por el MINSAL en cada municipio



Nota. Elaboración propia con base en datos del MINSAL (2022b).

La población salvadoreña cuenta con dos opciones principales para acceder a una prueba de COVID-19: asistir a una cabina móvil de pruebas o pagar por una prueba a un laboratorio privado. En el primer caso, las cabinas móviles cambian, día a día, a lo largo del territorio. Las autoridades de salud avisan que estarán dando el servicio en un territorio determinado, mediante información que es difundida por las redes sociales con pocas horas de anticipación previo a la visita.

Las cabinas tienen un número limitado de pruebas covid diarias, que no son suficientes para cubrir la necesidad y demanda de la población. Además, el traslado para llegar a los sitios suele implicar un esfuerzo considerable de movilización para mujeres que habitan en zonas alejadas.

El precio de una prueba de antígenos alcanza los \$30.00 dólares y, entre \$90 a \$110 dólares, el precio de una prueba PCR-RT en tiempo real. En ambos casos, para acceder a pruebas COVID-19 se presentan barreras considerables para las mujeres rurales, tanto por la dificultad de obtener información oportuna sobre el sitio donde se ubicará la cabina móvil en el día, el costo económico y dificultad para movilizarse a la cabina, y el costo económico de pagar una prueba en un laboratorio privado.

En ese marco, existen factores que impiden tener certeza del número de contagios reales, como el poco acceso a pruebas para detectar el virus y el comportamiento asintomático que puede adoptar en algunas personas. Para el caso, 18 mujeres del total de encuestadas, equivalente al 29.51%, expresaron haberse contagiado de la COVID-19, pero el 79.54% de ellas no tuvo acceso a pruebas para detectar el contagio.

Únicamente tres mujeres que padecieron la COVID-19 recibieron el kit de medicamentos

del MINSAL. Las mujeres afirmaron haber recibido el kit en un tiempo corto a partir del día reportado (entre 1 a 3 días). Pero, 17 de ellas compraron medicinas para combatir la enfermedad, incurriendo en gastos que oscilaron entre \$3.00 hasta \$200.00 dólares.

Las mujeres que enfermaron manifestaron haber utilizado medicamentos químicos (especialmente ibuprofeno y acetaminofén) combinados con tés naturales para fortalecer la inmunización. Entre estas mezclas se encuentran las siguientes: jengibre, miel, limón, manzanilla, cebolla roja, limón, eucalipto y otras.

Cabe decir que, de las 18 mujeres que enfermaron, 15 afirmaron percibir ingresos de hasta \$100.00 mensuales. Ellas invirtieron entre \$6.00 y \$170.00 en el tratamiento para enfrentar la enfermedad, con excepción de una persona que no invirtió nada. Es decir, hubo mujeres que gastaron más de lo que reciben mensualmente. Esto indica que el presupuesto del que disponen mensualmente fue impactado por los gastos para atender su padecimiento, lacerando aún más su economía de subsistencia.

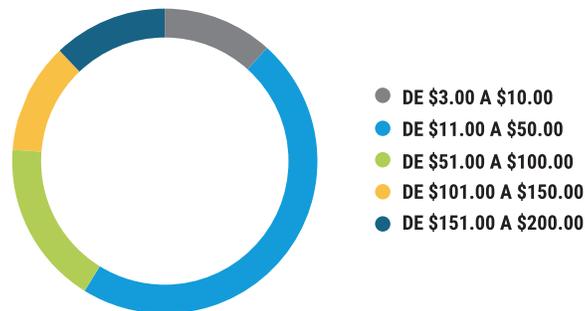




FIGURA 7

Gasto en medicamentos para tratar la COVID-19

GASTO EN MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA COVID-19



Nota. Elaboración propia.

La mayoría de las mujeres rurales contagiadas de la COVID-19 tuvo que continuar con las labores de cuidado y de trabajo en el hogar, como el cuidado de sus hijos e hijas, preparar la comida y realizar otras labores. También asumieron labores de cuidado hacia familiares que enfermaron.

El 83.33% de las mujeres que enfermaron se encuentra entre los 30 y 59 años, la mayoría de ellas expresó que no recibió apoyo para tratar su enfermedad. Una minoría de mujeres manifestó haber recibido cuidados de sus esposos u otros familiares y algunas reiteraron que no necesitaban que las cuidaran.

Del total de mujeres encuestadas, el 93.44% afirmó que poseía el esquema completo de

vacunación de dos dosis. Este indicador refleja un alto logro en el acceso a vacunación de mujeres rurales en los municipios de estudio. El 81.97% de mujeres expresó tener las tres dosis y ninguna tenía la cuarta dosis aplicada al momento de participar en este estudio.

La mayoría de las mujeres decidió vacunarse voluntariamente, aunque el 9% de mujeres sostuvo haber recibido presiones de sus familiares o en sus lugares de trabajo. Las mujeres que decidieron vacunarse de manera voluntaria lo hicieron porque consideraron que ello fortalecería sus defensas al virus y, por tanto, sería más difícil enfermarse de la COVID-19, de enfermar, sus síntomas serían más leves.



TABLA 14*Mujeres rurales vacunadas contra la COVID-19*

Municipio	No	Sí	Total
California		18.03%	18.03%
Ereguayquín	1.64%	13.11%	14.75%
Jiquilisco	1.64%	21.31%	22.95%
Jucuarán	1.64%	11.48%	13.11%
Nueva Granada		14.75%	14.75%
Santiago de María	1.64%	14.75%	16.39%
Total	6.56%	93.44%	100.00%

Nota. Elaboración propia.

El 98.25% de las mujeres rurales que se vacunaron hizo cita para programar su vacunación, solamente una de ellas afirmó que no. El 39.44% realizó la cita a través de internet, el 18.03% lo hizo a través de una promotora o promotor de salud, el 14.8% por teléfono, el 11.48% en la Unidad de Salud comunitaria y el 3.28% asistió directamente a la clínica.

En definitiva, el 47.59% de mujeres rurales vacunadas, según el estudio, no utilizó la tecnología para hacer sus citas online, en su lugar, buscaron alternativas tradicionales, pues gestionaron sus citas de manera directa en la Unidad de Salud o por medio de promotores de salud comunitarios que realizan visitas casa por casa.

Las mujeres rurales que hicieron su cita en la modalidad virtual encontraron dificultades en el proceso. Entre las barreras que mencionaron estuvo la dificultad de hacer sus citas por falta de internet, porque es un servicio que

no pueden costear debido a su bajo nivel de ingreso económico. También expresaron que no se sentían seguras de poder hacerlo, pues percibían muy complicado el uso de una plataforma digital. En ese sentido, la barrera fundamental que enfrentaron las mujeres el área rural para gestionar las citas de forma digital se resume en que no tienen acceso a internet y que desconocen el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

La información para vacunarse la recibieron de promotoras y promotores de salud, por medio de mensajes de textos a sus celulares, también tuvieron acceso a información en internet o por medio de las noticias.

Los principales medios de comunicación utilizados por las mujeres rurales para informarse acerca de la vacuna contra la COVID-19, fueron: la radio, la televisión, teléfono y redes sociales, generalmente por medio de noticias.



TABLA 15*Medios utilizados por las mujeres rurales para hacer las citas de vacunación*

Municipio	Internet	Unidad de salud	Promotor/a de salud	Teléfono	Otro	No responde	No aplica
California	8	0	0	2	1	0	0
Ereguayquín	2	0	2	3	1	0	1
Jiquilisco	6	0	0	4	0	3	1
Jucuarán	4	0	2	0	0	1	1
Nueva Granada	0	2	7	0	0	0	0
Santiago de María	4	5	0	0	0	0	1
Total	24	7	11	9	2	4	4

Nota. Elaboración propia.

Es importante señalar que las y los promotores de salud son actores de alta referencia para los municipios ubicados en el área rural, donde prevalece una importante población campesina y donde la falta de tecnología o distancia entre las comunidades y las unidades de salud resalta la importancia que adquieren los promotores y promotoras de salud. Si bien su trabajo fue protagónico en estos municipios, es necesario que continúen las visitas casa por casa para que las mujeres completen sus esquemas de vacunación.

2.6. ACTITUD DE LAS MUJERES RURALES FRENTE A LA VACUNA

La actitud de las mujeres rurales frente a la vacunación COVID-19 fue positiva. En general, perciben la vacuna como una fuente de inmunización que minimiza considerablemente la probabilidad de enfermarse fuertemente por esta enfermedad. Además, expresan que tener la vacuna les facilitó el acceso a lugares que por prevención solicitaban la cartilla de vacunación.

Algunas opiniones de las mujeres encuestadas respecto a la vacunación se resumen en las siguientes valoraciones que pueden considerarse como positivas:

- Vacunarse está bien, puesto que evitará que se enfermen de COVID19 fuertemente.
- Vacunarse es un beneficio, pero están conscientes de que aún deben cuidarse para prevenir el virus.
- La vacunación minimizará los síntomas, especialmente para algunas mujeres (mayores), ya que no tienen una fuerte condición física.

A pesar del alto porcentaje de mujeres vacunadas, entre las mujeres rurales aún hay opiniones negativas o desconfianza con respecto a la vacunación, porque en ellas prevalece un sentimiento de miedo.

Las mujeres no vacunadas a la fecha del estudio expresaron diversos motivos para

negarse a la vacunación, producto de creencias y desinformación:

- Recibir la vacunación COVID-19 podría hacer que se enfermen del virus más rápido, puesto que piensan que les inyectan el virus mismo.
- La COVID-19 es una enfermedad que se han inventado para el mal de la gente.
- No es cierto que la vacuna crea inmunidad al virus.
- Vacunarse contra la COVID-19 puede provocar que una mujer quede estéril.
- La vacuna contra la COVID-19 puede generar la muerte de algunas personas, especialmente de las personas mayores de sus comunidades.

Además de la desinformación y de creencias infundadas, se registró un componente religioso de manera preponderante, pues en los municipios que formaron parte del estudio, las iglesias tienen una alta influencia en el pensamiento, las decisiones y acciones de la feligresía.

Algunas mujeres expresaron que en sus iglesias se promovió el no vacunarse, puesto que se hacía referencia a la figura bíblica del Sello de la Bestia 666 y que, por tanto, la vacuna representa algo inapropiado para ciertas iglesias. En este sentido, el componente religioso también contribuyó a fomentar en algunas mujeres rurales la creencia de que la vacunación es negativa.

2.7. DIFICULTADES DE LAS MUJERES RURALES PARA ACCEDER A LA VACUNA

El plan de vacunación en El Salvador inició con el establecimiento de un megacentro de vacunación ubicado en la capital, San Salvador. Esta modalidad requería que las personas se movilizaran desde sus cantones o zonas rurales hacia la ciudad, lo que implicaba para estas personas asumir retos logísticos de movilización y costos económicos. Sin embargo, también se designaron Unidades de Salud Comunitarias como centros locales de vacunación.

En general, las mujeres rurales participantes del este estudio identificaron las siguientes dificultades para acceder a la vacunación contra la COVID-19.

- La distancia entre sus lugares de residencia y los Centros de Vacunación o Unidad de Salud Comunitarias. La mayoría de las mujeres rurales viven en cantones poco conectados de las zonas centrales y con limitado acceso a transporte público, por tanto, para trasladarse tienen que caminar largas distancias o costear algún medio de transporte.
- Falta de transporte público para llegar a los centros de vacunación. La mayoría de las mujeres rurales vive en lugares alejados del casco urbano de sus municipios, los medios de transporte que utilizan son pick up, camiones o moto taxi. En períodos de verano pueden moverse en pick up. En el caso de las que viven en zonas semi urbanas se movilizan a pie.
- Falta de dinero para pagar transporte para moverse. Los ingresos del 91.80 % de las mujeres encuestadas oscilan entre \$1.00 y \$100.00 dólares al mes, para ellas, pagar transporte significa “hacer sacrificios” y dejar de comprar otras necesidades básicas.

- Temor de contagiarse por las aglomeraciones de personas en los centros de vacunación. Esta situación se presentó en los primeros meses de vacunación, especialmente en la administración de la primera dosis.

La situación refleja las barreras estructurales que las mujeres rurales enfrentan para gozar del sistema de sanidad y los planes de respuesta a la pandemia.

El Gobierno de El Salvador realizó un esfuerzo sanitario considerable para que hubiese suficientes dosis de vacunas en el país, pero resultó incompleto cuando sectores de la población como las mujeres rurales no podían acceder a la vacunación debido a la centralización, lejanía de los centros de vacunación o por no contar con recursos para movilizarse.



2.8. PAPEL DE LOS GOBIERNOS LOCALES

Los gobiernos locales están en primera línea y representan una instancia cercana a las comunidades en momentos de crisis, de ahí que su rol debe ser protagónico para responder a estos escenarios.

En los municipios del estudio se identificó que los gobiernos locales se involucraron directamente en acciones de prevención. Llevaron a cabo campañas informativas, realizaron jornadas de sanitización y aseo, y entregaron kits de higiene. Además, apoyaron en la logística para la entrega de paquetes alimenticios proporcionados por el Gobierno para contrarrestar el impacto económico de la cuarentena restrictiva en los hogares.

Las municipalidades consultadas para este estudio expresaron que promovieron la vacunación contra la COVID-19 para que la población accediera a vacunarse de forma voluntaria y consciente. Para ello, coordinaron con otras instancias gubernamentales: la Comisión Municipal de Protección Civil, la Policía Nacional Civil, Cruz Roja Salvadoreña, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud.

Entre las acciones realizadas por los gobiernos locales para promover la vacunación contra la COVID-19, según las autoridades municipales entrevistadas, destacan:

- Visitas domiciliarias, casa por casa, informando sobre la vacunación y apoyando a la población a realizar citas de vacunación.
- Campañas radiales informativas promoviendo la responsabilidad y beneficios de vacunarse.
- Volanteo, es decir, entrega de afiches en las municipalidades con información sobre cómo acceder a la vacunación.

- Logística de transporte para facilitar que la población se movilizara a los centros de vacunación.

Las mujeres mencionaron que las alcaldías no les proporcionaron transporte para ir a los centros de vacunación, tampoco brindaron alguna opinión sobre la importancia de las autoridades locales en el proceso de vacunación. Puede decirse que ello refleja cierta desvinculación entre los planes de respuesta durante la pandemia del ámbito local con las necesidades de las mujeres rurales para acceder a dichos planes.

Los gobiernos locales pudieron accionar ante la crisis con el apoyo del Fondo para el Desarrollo Económico y Social (FODES), transferencia proveniente del Presupuesto General de la Nación. Anteriormente, el FODES transfería a las 262 municipalidades el 10% de los ingresos corrientes. Sin embargo, este monto fue reducido al 1.5% dejando a las municipalidades con fondos exclusivamente para el funcionamiento, sin margen de acción para otras acciones sociales.

La disminución de los fondos a los municipios ha provocado una disminución en su capacidad de atender los problemas más sentidos por la población y quedó de manifiesto en las dificultades que enfrentaron para fortalecer el acceso a vacunación contra la COVID-19.



◀ CUIDADORAS EN LA PANDEMIA ▶

Las mujeres han desempeñado un rol clave en el sector rural. Durante la pandemia, las mujeres rurales duplicaron su rol de cuidadoras: para cuidar a los otros y para cuidarse a sí mismas. Estas prácticas y conductas de las mujeres que son auto suficientes y que no necesitan cuidado, es una cultura y creencia muy generaliza.

La investigadora feminista Marcela Lagarde, al referirse al cuerpo de las mujeres afirma que: “no se agota en sus límites materiales, se extiende simbólicamente a las cazuelas, a los alimentos, a la cocina, a la casa. Es un espacio siempre dispuesto a cargar, y a recibir al otro”.

Mujeres que enfermaron de COVID19 durante la pandemia expresaron que “no necesitan quien las cuiden”, luego de que al haber enfermado no recibieron el apoyo necesario y tuvieron que continuar con sus labores de cuidado y trabajo en el hogar.

Esta situación es un reflejo de la práctica y de que las mujeres son “súper mujeres” o mujeres sacrificadas por las y los otros. En el imaginario colectivo de los hombres, la función central de las mujeres es cuidar a las y los otros. Lagarde afirma que “pocos hombres y pocos de los otros (niños, jóvenes, adultos de ambos géneros) están dispuestos a dejar de ser cuidados maternalmente por las mujeres (...). Tampoco están dispuestos a cuidar maternalmente a las mujeres, ni a que ellas se cuiden, usen su energía, su tiempo y su espacio para sí”. De manera que las mujeres no piden ayuda para reafirmar su capacidad de auto suficiencia.

En sus grupos familiares, las mujeres enfrentan invisibilización y desvalorización de su propia vida, la cual está subordinada al bien común, es decir, a las familias, en el sentido que ellas tienen que sacrificar su bienestar físico y mental frente a las necesidades y demandas de cuidado de sus seres queridos, hasta el punto de aceptar la desprotección y las faltas de cuidado hacia ellas, aun cuando son las cuidadoras permanentes en su hogar.

Esto influye en la propia valoración que las mujeres tienen de sí mismas, quienes se posicionan como las salvadoras capaces de soportar cualquier carga, inclusive, a costa de su propia vida, lo cual tiene un impacto en su salud, quienes nunca terminan de curar sus propias enfermedades, e impacta en su autoestima por la imposición que la sociedad hace sobre ellas, que es cuidar a otras y a otros como una función suprema.



III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES

1. El estudio de caso evidencia que existe una amplia aceptación del programa de vacunación contra la COVID-19 implementado por el MINSAL de El Salvador.

2. El 93.44% de las mujeres participantes del estudio afirmaron haber recibido la vacuna contra la COVID-19 de forma voluntaria (dos dosis) y sólo seis lo hicieron por presión de sus familiares o por presiones en el trabajo.

3. La mayoría de las mujeres rurales participantes del estudio están convencidas de que la vacunación contra la COVID-19 fortalecerá su sistema inmunológico para responder de mejor manera a un contagio. Sin embargo, hay temores y creencias sobre efectos negativos de la vacuna como que provoca esterilización o que vacunarse implica recibir una carga del virus, lo que les produce miedo. También prevalece la influencia de líderes religiosos que incentivan la no vacunación.

4. La vacunación contra la COVID-19 no fue accesible en igualdad de condiciones para las mujeres rurales, especialmente por la distancia y las cargas de cuidado. Ellas, a pesar de tener ingresos bajos e inestables, buscaron maneras de acceder a la vacunación, aunque eso haya requerido esfuerzos adicionales de movilización e incurrir en gastos no contemplados para costear su transporte. Esta movilización también implicó tiempo invertido, el cual tenían que organizar entre sus labores de cuidado y de trabajo en el hogar. Por tanto, se concluye que los planes de vacunación no tomaron en consideración las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica de las mujeres rurales.

5. Las principales barreras que enfrentaron las mujeres rurales para acceder a la vacunación contra la COVID-19 fueron tecnológicas, de distancia y movilización, económicas, por roles de género y creencias. A pesar de la existencia de estas barreras, el miedo a contagiarse hizo que buscaran los ingresos, el tiempo y el apoyo necesario para vacunarse.

Barreras para el acceso a vacunación de mujeres rurales

Barrera 1. Tecnología

El 39.34% de mujeres rurales utilizó el internet para hacer las citas para su vacunación, el 14.75% utilizó el teléfono celular, un 45.91% lo hizo por otros medios tradicionales de manera presencial. Es decir, casi la mitad, no utilizó internet, debido a que no tenían acceso a este o porque no se sentían seguras o desconocían el uso de las TIC.

En el ámbito educativo, el 86.89% de las mujeres rurales saben leer y escribir, pero aún existe un 13.11% de analfabetismo. El 55.77% de las mujeres participantes cuenta con educación básica y el 36.54% con bachillerato.

En suma, la tecnología requerida para hacer citas de vacunación en un sistema digital online fue una barrera para el acceso a la vacunación de las mujeres rurales, porque sus habilidades y conocimientos en el uso de las TIC son básicos, así como el grado de escolaridad, ello se traduce en una desventaja en el uso de las tecnologías para realizar la gestión de servicios. Además, este grupo poblacional tiene un limitado acceso a internet.

Barrera 2. Distancia

La distancia entre los centros de vacunación y las comunidades donde residen las mujeres

rurales fue otra de las barreras para el acceso a la vacunación.

La mayoría de las mujeres rurales vive en lugares alejados, generalmente en cantones o comunidades alejadas de los centros urbanos de sus municipios; para trasladarse a los centros de vacunación debieron caminar largas distancias o utilizar medios de transporte como pick up, camiones o moto taxis.

La movilización les ocasionó a las mujeres costos logísticos y económicos no contemplados en su presupuesto. El rol de promotores de salud quienes realizaron visitas casa por casa fue clave para apoyar a que las mujeres hicieran su cita y tuviesen información certera sobre la vacunación.

Barrera 3. Ingresos económicos

Los bajos ingresos económicos de las mujeres rurales también fue una limitación para movilizarse a centros de vacunación, pues debieron incurrir en gastos en el rubro del transporte y la logística.

Los ingresos del 91.80% de las mujeres encuestadas oscilan entre \$1.00 y \$100.00 al mes. Los escasos recursos financieros que reciben son evidentes y, a pesar de ello, hicieron sacrificios significativos para movilizarse, lo cual provocó que no logran cubrir otras necesidades básicas para su vida y la de su familia.

Barrera 4. Roles de género

La mayoría de las mujeres que enfermaron de la COVID-19 continuaron desarrollando tareas reproductivas en sus hogares como cuidar niños y niñas, hacer la comida, atender a otras personas enfermas, entre otras; sólo una minoría de ellas recibió los cuidados de sus parejas u otros familiares.

Esta situación tiene su cimiento en el rol de cuidados que se asigna a las mujeres, quienes asumen la mayor carga de labores de cuidado, en muchos casos, a costa de su bienestar físico, precisamente porque las mujeres enfrentan la invisibilización y desvalorización de su propia vida, la cual está subordinada al bien común, es decir al grupo familiar.

Los roles de género han sido una barrera para acceder a la vacunación contra la COVID-19, pues influyen en la propia valoración que tienen las mujeres de sí mismas, quienes se posicionan como las salvadoras capaces de soportar cualquier carga, incluso a costa de su propia vida.

Como consecuencia, hay impactos en la salud permanente de las mujeres, quienes nunca terminan de curar sus propias enfermedades, también incide de manera desfavorable en su autoestima, por la imposición que la sociedad hace sobre ellas, que es cuidar de otras personas como una función suprema. En el ámbito rural, los roles de género tradicionalmente han limitado el acceso a la salud de las mujeres, fenómeno que también se expresó como una barrera en la vacunación contra el coronavirus.

Barrera 5. Creencias

Las creencias también han constituido una barrera para la vacunación, en la medida que diversos discursos consiguieron que muchas personas se formaran ideas que las llevó a negarse de recibir la vacuna contra la COVID-19.

Los discursos provocaron sentimientos de miedo en las personas, quienes concluían que la vacuna no contribuye a reducir la transmisión del virus. Por el contrario, muchas mujeres han asumido la falsa creencia de que la vacunación les provocaría efectos adversos como la esterilidad y la muerte.

Las creencias religiosas también han tenido una fuerte influencia. De hecho, en el ámbito rural algunas personas no se han vacunado porque han adoptado mensajes religiosos que les indican que la vacuna es el Sello de la Bestia (figura bíblica) o un chip para el control de la humanidad.

3.2. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la gobernanza local en materia de salud

El rol de los gobiernos locales fue relevante en acciones de prevención e información para las mujeres rurales.

De hecho, el acompañamiento de los promotores y promotoras de salud en el ámbito comunitario fue determinante para apoyar a las mujeres rurales a que hicieran sus citas y tuvieran información certera sobre la vacuna contra la COVID-19.

Es necesario fortalecer la gobernanza local y su rol en la atención de asuntos sanitarios. Para ello, es importante destinar recursos públicos que les permitan ejecutar actividades de promoción social para el beneficio de sus comunidades.

2. Habilitar centros de vacunación en el ámbito comunitario

Haber centralizado el proceso de vacunación inicialmente a centros de vacunación en las zonas urbanas representó una barrera de acceso para que las mujeres rurales viviendo en zonas remotas lograran vacunarse.

Esta medida les implicó asumir costos económicos que impactaron su situación económica ya precarizada.

Sin embargo, haber habilitado la vacunación en centros de salud comunitarios acercó

la vacuna a las mujeres rurales. Por ello, la descentralización cercana a los hogares de las familias es necesaria, para garantizar que las mujeres rurales tengan mayor acceso a la vacunación.

3. Aumentar la inversión del sistema de salud pública

La economía de las mujeres rurales que enfermaron de la COVID-19 fue afectada debido a que se vieron obligadas a realizar gastos en la compra de medicamentos y para la movilización hacia un hospital, pues no tuvieron acceso al kit de medicamento brindado por el gobierno o las unidades de salud cercano no fueron suficientes para atender sus necesidades.

Esta situación se complejizó dado que la mayoría de las mujeres rurales no tiene ingresos formales y estables, por tanto, no tienen la capacidad de absorber gastos para atender una emergencia.

El sistema público requiere más inversión para robustecer sus capacidades y garantizar la cobertura y acceso a la salud de poblaciones que actualmente quedan excluidas de los servicios, como las mujeres rurales.

4. Promover y financiar políticas de cuidado

La infección de la COVID-19 en la vida de las mujeres supuso una sobrecarga del trabajo de cuidados, pues ante la falta de sistemas de protección y salud eficientes, respondieron y cargaron con el cuidado de sus familias.

La pandemia hizo evidente la necesidad de promover y financiar políticas de cuidado, que deben contravenir los roles tradicionales de género e incluir a las mujeres como sujetas de cuidado cuando están enfermas.

5. Disminuir la brecha digital con enfoque de género

El uso de la digitalización mediante un sitio web para agendar la cita de vacunación representó un reto para las mujeres rurales, pues no se consideraban con las habilidades básicas para manejar este sistema o no contaban con el acceso a internet.

Es necesario avanzar en la disminución de la brecha digital y promover el acceso a la digitalización con una política con enfoque de género. Mientras se avanza, se requiere complementar las acciones digitales con métodos tradicionales de información (medios de comunicación tradicionales y promotores de salud) para asegurar que las mujeres rurales tengan acceso a la información en igualdad de condiciones.

6. Implementar campañas informativas y la educación comunitaria

Aún existen mitos y creencias respecto a la vacuna contra la COVID-19 que produce miedo y se convierte en una barrera para acceder a la vacunación. Es importante establecer campañas informativas orientadas a la desmitificación, promoviendo información certera basada en la evidencia.

En este caso, pueden jugar un rol relevante las Unidades Comunitarias de Salud Familiar y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, realizando campañas de información y procesos de educación que tengan un mejor impacto en el acceso a la vacunación y en la prevención del contagio.

7. Facilitar información pública actualizada y desagregada

El acceso a la información pública actualizada y desagregada sobre aspectos relacionados

al manejo de la pandemia y sobre el impacto en la vida de la población es vital para la toma de decisiones de la sociedad, la academia, el sector empresarial, y los gobiernos mismos.

Se recomienda al MINSAL que proporcione información pública sobre la proporción de personas fallecidas, el número de dosis de la vacuna recibida y el porcentaje de vacunación, con información desagregada por sector (rural, urbano), por género y por edades. Esta información puede aportar a que otros sectores de la sociedad se sumen a la promoción del acceso igualitario a la vacunación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Colectiva Feminista para el Desarrollo Local (2020). Respuesta Estatal al Covid-19: sin enfoque de género. Miradas desde El Salvador. <https://colectivafeminista.org/sv/wp-content/uploads/2020/12/Estudio-COVID-19.pdf>
- Deutsche Welle (DW). (2 de febrero de 2022). América Latina: una de cada cuatro personas no está vacunada contra COVID-19. Publicado en Deutsche Welle (DW). <https://p.dw.com/p/46RAe>
- Decreto 661. (2020). [con fuerza de ley]. Ley Especial de Emergencia por la pandemia COVID-19, atención integral de la vida, la salud y reapertura de la economía. 22 de septiembre de 2020. Diario oficial Número 10. Tomo 420. Artículo 3. <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/9BDAB7D8-09A4-437C-9FE2-508F753589D4.pdf>
- Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). (2021). Proyección de población municipal por sexo 2020-2030. Revisión 2021. San Salvador. <https://onec.bcr.gob.sv/>
- Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC). (2022). Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2019. <https://onec.bcr.gob.sv/>
- FISDL. (2018). Mapa de pobreza: política social y focalización. (Primera ed., Vol. 1). San Salvador, El Salvador: FLACSO Programa El Salvador. <https://esri-sv.maps.arcgis.com/home/item.html?id=0bc142780f3e44f39d8bbdf7ed9f9116>
- Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (Fundaungo). (2022). Evolución de casos del COVID-19 en El Salvador, del 14 de marzo 2020 al 27 de julio de 2022. Boletín Estadístico del COVID-19 en El Salvador. (39). pp.1-23. <https://www.fundaungo.org.sv/products/boletin-39-evolucion-de-casos-del-covid-19-en-el-salvador-del-14-de-marzo-2020-al-27-de-julio-de-2022/763>
- Fundación para el Desarrollo de Centroamérica (Fudecen). (2022). Informe de la Desigualdad Multidimensional. <https://www.fudecen.org/wp-content/uploads/2022/10/Informe-de-desigualdad-multidimensional-2022.pdf>
- Garza, C. (2020). La situación de las mujeres rurales en El Salvador. Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE). <http://www.mujertierrayterritorio.org/wp-content/uploads/2020/09/MUJERES-RURALES-EN-EL-SALVADOR.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2014). Mapa Sanitario del Ministerio de Salud de El Salvador. San Salvador. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/otrosdoc_mapa_sanitario_sisem_24012014.pdf

- Ministerio de Salud (MINSAL). (2022a). Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2. https://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/506/070/original/lineamientostecnicosparalavacunacioncontraelSARS-CoV-2_V5-Acuerdo-1885.pdf?1663708510#:~:text=1.,asignados%20para%20su%20aplicaci%C3%B3n%20oportuna.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2022b). Estadísticas COVID-19 del Gobierno de El Salvador Ministerio de Salud ed. El Salvador. Sección: Situación Nacional Covid-19. <https://covid19.gob.sv/>
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2022c). Directorio de Directores de Hospitales Nacionales del MINSAL (Ministerio de Salud Pública de El Salvador ed.). San Salvador. <https://www.salud.gob.sv/directorio/>
- MINED. (2021). Sistema de Información para la Gestión Educativa Salvadoreña. San Salvador: Ministerio de Educación El Salvador. <https://www.mined.gob.sv/2020/11/19/bases-de-datos-por-centros-escolares-censo-escolar-inicial-excel/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (26 de septiembre de 2022) Preguntas frecuentes: Vacunas contra la COVID-19. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19/preguntas-frecuentes-vacunas-contra-covid-19>
- Oxfam (2022). La sombra de la austeridad. ¿Quién paga la cuenta del covid-19 en América Latina y el Caribe? <https://reliefweb.int/report/world/quien-paga-la-cuenta-del-covid-19-en-america-latina-y-caribe-la-sombra-de-la-austeridad>
- Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica (2022). Sección El Salvador COVID-19. Disposiciones Nacionales. <http://proyectomesoamerica.org/index.php/el-salvador-covid-19>
- SICA. (2021). Estudio para determinar el impacto y efectos socioeconómicos diferenciados del COVID-19, en la vida de las mujeres rurales y recomendaciones emanadas del mismo. https://www.sica.int/documentos/estudio-para-determinar-el-impacto-y-efectos-socioeconomicos-diferenciados-del-covid-19-en-la-vida-de-las-mujeres-rurales_1_127475.html



El presente Estudio de Caso evidencia la necesidad de robustecer el sistema de sanidad de El Salvador con más inversión pública, fortalecer el rol de los gobiernos locales, llevar la vacunación al nivel comunitario y diseñar e implementar campañas informativas a fin de asegurar que las mujeres rurales accedan a los planes de vacunación en igualdad de condiciones.



Con el apoyo de



www.vacunasparalagente.org

