


DAWN/REPEM
Avances y
Retrocessos en un
Escenario Cambiante:
Reforma de Salud,
Mortalidad Materna y
Aborto en Bolivia
2000-2002

MARÍA DOLORES CASTRO Y SILVIA SALINAS



**DAWN SEXUAL AND
REPRODUCTIVE HEALTH AND
RIGHTS PROGRAM**



DAWN/REPEM
Avances y
Retrocessos en un
Escenario Cambiante:
Reforma de Salud,
Mortalidad Materna y
Aborto en Bolivia
2000-2002

Estudio desarrollado por
María Dolores Castro y Silvia Salinas
bajo la coordinación de
Ximena Machicao

Proyecto DAWN en colaboración con
REPEM y CIDEM (La Paz)

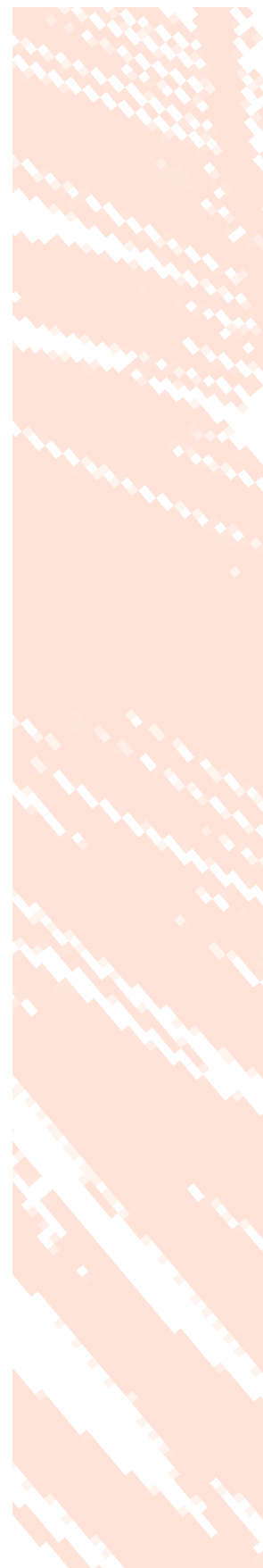
2003

Apoyo:
Fundación Jonh and Catherine D. Mac
Arthur (EUA) y IDRC (Canadá)

Indice

PRESENTACIÓN.....	9
Antecedentes y Alcances de este Documento	9
Una Mirada Retrospectiva: El Informe del Año 2000	10
Disponibilidad y calidad de las fuentes de información.....	12
EL CONTEXTO INTERNACIONAL.....	18
A Ocho Años de Beijing: Logros, Dificultades y Tendencias en la Región	18
Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en la Balanza Global.....	21
Datos Globales y Regionales sobre Mortalidad Materna y Aborto	27
El Panorama Regional frente a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	30
Las Reformas del Sector Salud en la Región: Miradas desde el Género y los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	38
CONTEXTO NACIONAL.....	42
Contexto Geográfico-Cultural.....	42
Contexto Político-Social.....	45
Contexto Económico	50
Población y Distribución.....	53
Algunos Indicadores Socio - Económicos	54
Información General de Salud.....	55
LAS POLÍTICAS DE GÉNERO	58
El Contexto de las Reforma del Estado	58
Las Políticas de Género desde una Perspectiva Histórica.....	60
La Transversalización del Género en las Políticas Sectoriales.....	67
Género en las Políticas del Sector Salud	68
MARCO LEGAL, POLÍTICO E INSTITUCIONAL EN RELACIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	71
El Sistema de Salud.....	71
Marco Normativo.....	76
Reforma en Salud	82
Principales Cambios	89
Nuevos Marcos de la Salud Sexual y Reproductiva	89
SALUD REPRODUCTIVA Y MORTALIDAD MATERNA.....	93
Datos sobre Salud Reproductiva	93
Mortalidad Materna.....	99

Situación de el/la Adolescente	104
7. ABORTO	107
Situación Jurídica del Aborto	107
Características y Datos Estadísticos sobre el Aborto	109
Políticas Públicas	112
Anteproyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo	114
8. APUNTES PARA UN ANÁLISIS DE ACTORES.....	116
El Estado	116
La Cooperación Internacional	118
Movimientos de Mujeres y las Organizaciones de la Sociedad Civil	120
Esfuerzos de Coordinación entre el Estado y la Sociedad Civil.....	122
9. A MANERA DE CONCLUSIONES PRELIMINARES.....	124
Aspectos a Resaltar del Informe	132
Aspectos Pendientes, Preguntas Clave y Principales Temas que Ameritan ser Profundizados	134
ANEXOS	140
Anexo 1: Listado de entrevistas realizadas	140
Anexo 2: Indicadores de mortalidad materna.....	141

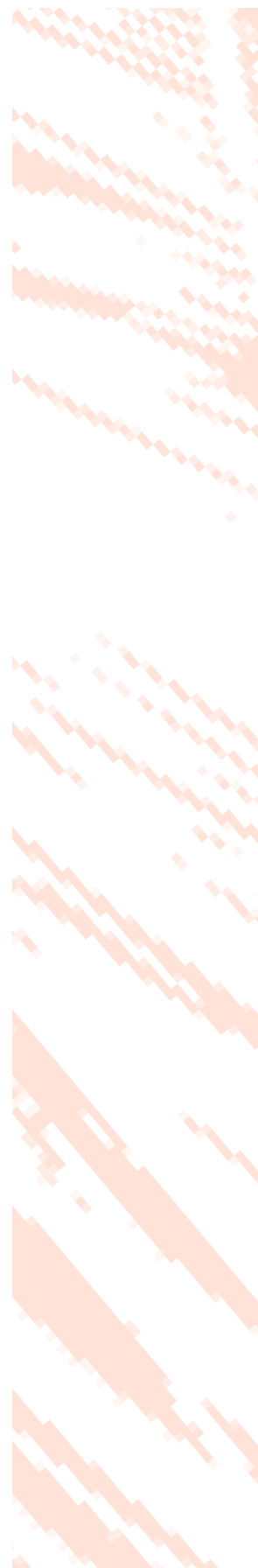


Abreviaciones y Siglas



ACOBOL	Asociación de Concejalas de Bolivia
ALCA	Acuerdo de Libre Comercio de las Américas
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
AMUPEI	Articulación de Mujeres por la Equidad y la Igualdad
CAI	Comité de Análisis de la Información
CEAAL	Consejo de Educación de Adultos de América Latina
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación (del inglés Convention about the Elimination of all Forms of Discrimination against Women).
CEDLA	Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario
CIDEM	Centro de Información y Desarrollo de la Mujer
CIDES-UMSA	Posgrado de Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés.
CIEPP	Comité de Investigación, Evaluación y Políticas de Población y Desarrollo
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CISE	Consejo Interinstitucional de Seguimiento y Evaluación de la EBRP
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CNS	Caja Nacional de Salud
COE	Cuidados Obstétricos Esenciales
DAWN	Development Alternatives for Women for a New Era
EBRP	Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENPV	Encuesta Nacional de Población y Vivienda
EPMM	Encuesta PostCensal de Mortalidad Materna
FPS	Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social
FCI	Family Care International
FIS	Fondo de Inversión Social
HIPC:	Iniciativa de Pases Pobres altamente Endeudados
IEC	Información, Educación y Comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadística
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria.
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LIU	Legrado Intrauterino
MAS	Movimiento al Socialismo
MECOVI	Programa de Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida
MIP	Movimiento Indígena Pachacuti

MNR	Movimiento Nacionalista Revolucionario
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSPS	Ministerio de Salud y Previsión Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No-Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Ajuste Estructural
PAM	Plataforma de Acción Mundial de la Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995.
PES	Plan Estratégico de Salud
PGDES	Plan General de Desarrollo Económico y Social
PIOM	Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres
PNEG	Plan Nacional de Equidad de Género
PNPEV	Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia
PNPRM	Programa Nacional de Reducción de la Pobreza Relativa a la Mujer
PNSSR	Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PROCOSI	Programa de Coordinación en Salud Integral
PROSIN	Programa de Salud Integral Nacional
REPEM:	Red de Educación Popular entre Mujeres de América Latina y El Caribe (Red temática del CEAAL)
RSS	Reforma del Sector Salud.
SAG	Subsecretaría de Asuntos de Género.
SBS	Seguro Básico de Salud
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIIG	Sistema de Indicadores para la Igualdad de Género
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TGN	Tesoro General de la Nación
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UMPABOL	Unión de Mujeres Parlamentarias de Bolivia
UNFPA	United Nations Fund for Population Affairs
UPPIA	Unidad de Políticas de Población, Investigación y Análisis
USAID	United Nations Agency for Internacional Development
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



INTRODUCCION

Antecedentes y Alcances de este Documento

Esta consultoría fue realizada en el marco del “Programa 2002-2004 de los Derechos Sexuales y Reproductivos” de DAWN (“Development Alternatives for Women for a New Era”)¹, con el propósito de contribuir a la definición y desarrollo de una agenda de investigación sobre Reforma en Salud y Mortalidad Materna (Aborto) en Bolivia.

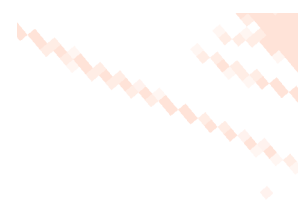
El documento que se presenta es resultado de un proceso de “revisión y análisis de la información demográfica y de políticas públicas relacionada con la mortalidad materna y aborto, tomando como marco de referencia patrones/procesos de la Reforma de Salud, para el período 2000-2002”.

En el marco de lo señalado, la consultoría tuvo como *objetivo general* la elaboración de “un documento analítico que de cuenta de la situación demográfica y de políticas públicas en el país en relación a los temas de mortalidad materna y aborto, tomando como marco referencial la Reforma de Salud”. También se definieron cuatro objetivos específicos, que hacen referencia a la revisión cualitativa y cuantitativa de información demográfica; el análisis de las políticas públicas relacionadas con la mortalidad materna y el aborto; un análisis de actores; y la identificación de preguntas, temas clave y tendencias generales.

Tomando en cuenta estos objetivos se consideró pertinente dedicar los capítulos introductorios a la contextualización internacional y regional, buscando ubicar los procesos particulares en el marco de coyunturas y tendencias internacionales.

Para la elaboración de este informe se utilizaron tanto fuentes primarias como fuentes secundarias. La bibliografía que forma parte de este documento detalla toda la documentación consultada. Por otra parte, también se realizaron un total de quince entrevistas a informantes clave (ver anexo 1), tanto para complementar la información, como para obtener distintos puntos de vista y perspectivas de análisis.

La elaboración de este trabajo tuvo dos etapas. La primera, que resultó en un informe preliminar, y la segunda de profundización, complementación y actualización que culmina con este trabajo. Desde el inicio del proceso en



1 DAWN es una red de académicas feministas y activistas del Sur económico, que desde 1984 trabajan por la justicia económica, de género, y el desarrollo democrático y sostenible. El documento con la plataforma de DAWN, “Crisis del Desarrollo y Visiones Alternativas: Perspectivas de Mujeres del Tercer Mundo” (“Development Crises and Alternative Visions: Third World Women’s Perspectives”), era una crítica feminista desde el sur a tres décadas de desarrollo. Resaltaba los impactos de cuatro crisis globales interconectadas y sistémicas – hambre, deuda, militarización y fundamentalismo – en las vidas de mujeres del Sur y ofrecía visiones alternativas. El documento tuvo un impacto significativo en la Conferencia de Nairobi y puso los asuntos macroeconómicos en la agenda del movimiento de mujeres.

marzo pasado Bolivia ha enfrentado y vive un momento de profunda crisis, en la que el “desborde popular” no es sino expresión de un cúmulo histórico de frustraciones frente a las múltiples opresiones, discriminaciones y vulneración de derechos de las que día a día son objeto la mayor parte de los/as bolivianos/as. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos vulnerados, cada muerte materna acaecida por causas prevenibles, hacen parte de estas frustraciones, quizás de maneras menos visibles o explícitas, pero profundamente imbricados en los sentires y pesares que hacen a las luchas sociales del pueblo boliviano.

Una Mirada Retrospectiva: El Informe del Año 2000

El año 2000 Ximena Machicao y Bertha Pooley elaboraron, también en el marco de un proceso promovido por DAWN, un documento de análisis sobre los avances y dificultades que Bolivia había confrontado en la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo en 1994 (Pooley, B y Machicao X 2000: 87).

Dicho informe, que sirve como línea de base y punto de referencia principal para este documento, hace un recuento histórico de los cambios en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en Bolivia durante las décadas de los 80 y los 90, mostrando cómo trascendieron de un enfoque centrado en la salud materno-infantil, hacia una aproximación integral, enmarcada en los derechos humanos de mujeres y hombres.

Después de una participación consensuada en El Cairo, Bolivia priorizó los siguientes puntos del Programa de Acción:

- El mejoramiento de la salud reproductiva y sexual en el marco de los derechos humanos.
- Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- El abordaje de la pobreza y el desarrollo sostenible.

El informe también reporta diversas iniciativas multi-institucionales desarrolladas durante ese período, que congregaron a instancias del Estado, ONGs, organizaciones de mujeres y cooperación internacional en torno a intereses y preocupaciones comunes. Esta dinámica se habría reforzado con los procesos preparatorios de Cairo y Beijing. Entre las más representativas se mencionan el Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva y el Comité Nacional por una Maternidad Segura.

El documento presenta un balance favorable, enfatizando los avances relevantes, desde una perspectiva de género, que se habrían producido en distintos sectores y temáticas: salud, educación, equidad de género, reformas legales, y en la comprensión de las dinámicas poblacionales.

Dados los objetivos y alcances del presente informe, resulta pertinente puntualizar los avances en el sector salud que destaca el balance realizado en 2000:

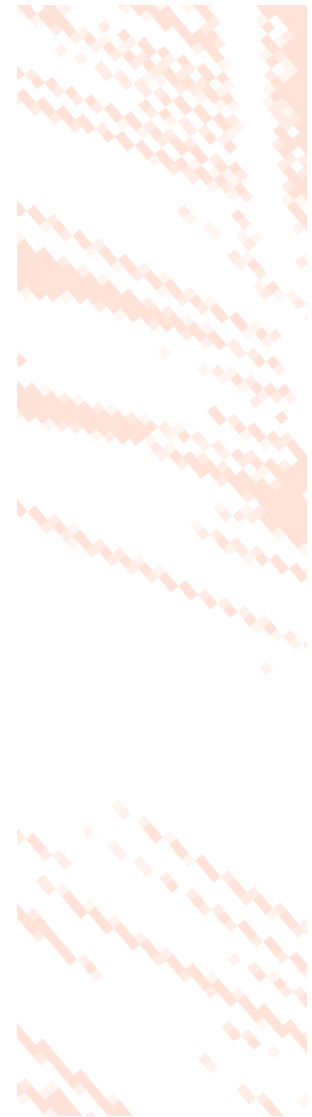
- Una aproximación integral a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- El reconocimiento de la necesidad de incluir la perspectiva de género en las políticas públicas, programas y actividades, y el consecuente establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial.
- El mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- El incremento en la demanda de servicios hospitalarios
- La creación de nuevos servicios (públicos y de ONGs).
- La incorporación de un nuevo enfoque sobre la salud sexual y reproductiva en la capacitación de personal de salud.
- La creación de nuevos estándares y protocolos .
- La realización de estudios sobre calidad de atención.
- La reducción de barreras económicas de acceso a servicios de salud a través de los Seguros de Maternidad (1996-1997) y el Seguro Básico de Salud (1997).
- El mejoramiento de la actitud de los/as proveedores/as de salud frente a mujeres con complicaciones de aborto, a partir de su capacitación en anticoncepción post-aborto.
- La promoción de distintos espacios de discusión sobre el aborto y su legalización como un tema de justicia social.
- El diseño de indicadores de calidad de atención, y la incorporación de una perspectiva de género, a partir del trabajo conjunto de instancias gubernamentales y ONGs.
- La aplicación de encuestas a usuarios/as para identificar deficiencias en la calidad de atención.
- Mayor coordinación entre donantes que apoyan los servicios de salud sexual y reproductiva.
- El inicio del Programa de Reforma en Salud.

Adicionalmente, en el acápite sobre Reformas Legales, el informe 2000 menciona una propuesta de modificación del artículo 266 del Código Penal sobre aborto impune, presentada por la Campaña 28 de Septiembre por la despenalización del aborto². Al no existir las condiciones ni un procedimiento establecido para viabilizar un aborto legal, esta propuesta estaría orientada a garantizar la aplicación de lo que dictamina el Código.

Art. 266: ABORTO IMPUNE: "Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna siempre que la acción penal hubiese sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto debería ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso".



2 "La Campaña 28 de Septiembre por la despenalización del aborto es un movimiento de mujeres organizada en la década de los 90, en 13 países de América Latina y el Caribe. Participan muchos grupos y organizaciones de mujeres que vienen trabajando hace muchos años por la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos" (Machicao, X 2001:13). En la entrevista realizada a Teresa Lanza de Católicas por el Derecho a Decidir, ella enfatizó que Bolivia es el único país de la Campaña en que se tienen puntos focales en cada departamento.

Asimismo, con relación al aborto, el informe resalta la inclusión de la atención de hemorragias de la primera mitad del embarazo en el marco del Seguro Básico de Salud.

En cuanto a las dificultades y desafíos pendientes, el documento señala en primer término la falta de estabilidad y continuidad en las políticas por los permanentes cambios institucionales y de autoridades, así como por la alta dependencia de financiamiento externo. Estos factores agudizarían las dificultades para operativizar, en distintos niveles, las políticas enmarcadas en los avances logrados en Cairo y Beijing.

Por ello, en la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva se seguirían reproduciendo aspectos de discriminación de género, generacional y étnica. En términos generales, la calidad de atención no sería un tema tomado en cuenta ni una prioridad para las autoridades locales. No existiría, tampoco, un buen nivel de coordinación con los ejecutores del Programa de Reforma en Salud. A todo lo anterior se añadirían las presiones de ciertas agencias internacionales para cumplir con ciertas metas de cobertura sin tomar en cuenta la calidad.

El informe también puntualiza, como un retroceso, la des-jerarquización del órgano rector de las políticas de género al interior del Estado. Del otro lado, señala la falta de comprensión de la sociedad civil en relación a las leyes y los derechos que emanan de ellas.

En cuanto a las funciones del Estado y las ONGs, el documento hace referencia a la necesidad de redefinirlas, siendo que se habrían establecido relaciones de competencia y suplencia. También se hace mención a los cambios producidos en la cooperación internacional, que habría dado un viraje en su apoyo a ONGs para financiar directamente al gobierno.

Finalmente, el documento hace hincapié en las dificultades o barreras de orden cultural y religioso. Pone también en el tapete la voluntad política del gobierno para implementar el Programa de El Cairo, al no haber alcanzado los estándares requeridos en cuanto a la asignación de los recursos humanos y financieros.

Disponibilidad y Calidad de las Fuentes de Información

En Bolivia, al igual que en otros países en vía de desarrollo, existen dificultades con el acceso, la disponibilidad y la calidad de la información. Limitaciones de acceso al desarrollo tecnológico, los escasos recursos disponibles para la diseminación de la información generada, la inexistencia de un sistema de supervisión para garantizar la calidad en la producción de la información y la falta de capacitación para el análisis de la información en la evaluación de programas y toma de decisiones, son algunas de las dificultades que se enfrentan.

En el país para la información básica sobre demografía y salud se cuenta con censos, encuestas, estadísticas de programas, investigaciones y estudios. Las fuentes oficiales más importantes son el Censo Nacional de Población y La Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Los censos

Son la principal fuente de información demográfica y se utilizan para la planificación y ejecución de programas de desarrollo. Se obtienen datos para conocer la distribución y el tamaño de la población, la fecundidad, mortalidad y migración. También proporcionan información sobre características sociales como educación, participación en la fuerza laboral y ocupación. Proveen información general para todo el país. El Instituto Nacional de Estadística (INE) es la institución encargada de llevar a cabo los censos. Hasta el momento se han llevado a cabo cuatro censos en el último medio siglo: 1950, 1976, 1992 y 2001 (UPPIA, 2000: 19, Castro y Dalenz, 2001:14.)

La realización del Censo 2001 significó algunos cambios relevantes en relación a la mortalidad materna. Primero, la boleta censal incorporó cuatro preguntas clave que permitieran identificar muertes maternas en el conjunto de defunciones femeninas por todas las causas:

- Durante el año 2000 ¿murió alguna persona que vivía con ustedes.
- Esta persona ¿era mujer de 15 o más años de edad?
- ¿Su fallecimiento se produjo: estando embarazada; dando a luz; hasta los dos meses después de haber dado a luz; otros?
- ¿Qué edad tenía cuando falleció? (INE, 2003:11)

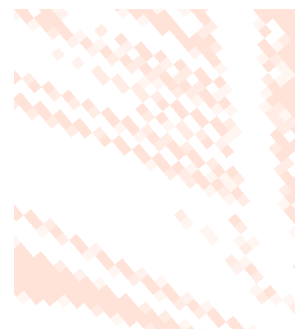
Otra innovación importante fue la realización de la Encuesta PostCensal sobre Mortalidad Materna (EPMM) realizada en julio y agosto 2002, “tanto para ratificar si los casos de muerte materna reportados en el Censo eran tales; como para descubrir, en una muestra de defunciones por otras causas de mujeres de 15 a más edad y de los casos de edad 99, si entre ellas había muertes maternas encubiertas” (INE, 2003:9).

Los resultados de la EPMM estarían señalando un descenso en la tasa de mortalidad materna de 390 por 100.000 nacidos vivos en 1994 a 235 en 2001. Sin embargo, las autoridades del sector recomiendan todavía mantener la tasa de mortalidad materna del año 1994 en vista que no se pueden hacer comparaciones porque los métodos utilizados en la Encuesta de Demografía y Salud – 1994 (Método de Supervivencia de Hermanas³) y en el Censo 2001 (Autopsia Verbal⁴) no son comparables.⁵ De acuerdo con el Ministro de Salud, el método utilizado en la EPMM es estático y recordatorio, y no resulta adecuado para medir mortalidad materna.⁶ Por ende, podría decirse que los datos del Censo 2001 respecto a la mortalidad materna son preliminares, y para conocer si realmente hubo o no mejora en el indicador de mortalidad materna se tendrá que esperar hasta la realización de la ENDSA 2003.

El anexo 2 presenta un cuadro sobre los distintos indicadores de mortalidad materna que se utilizan y sus respectivas características.

Las encuestas por muestreo

Muestran datos demográficos y sociales pormenorizados. No son un sustituto de los censos ya que no muestran datos a niveles geográficos

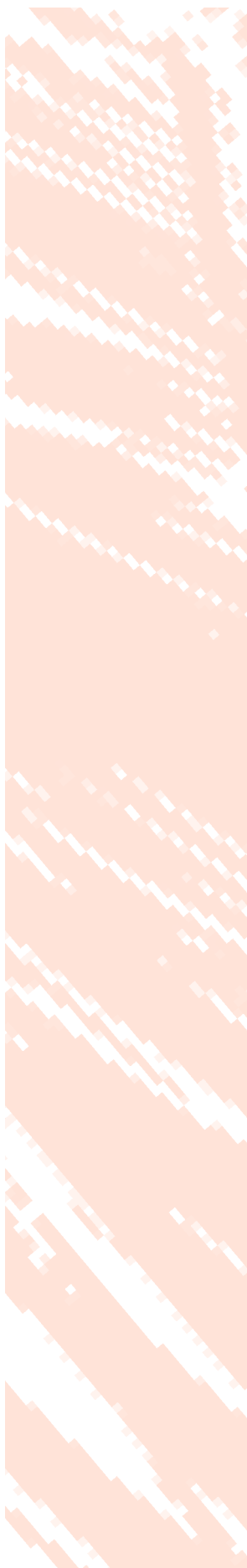


3 El Método de las Hermanas es internacionalmente reconocido y se realiza en un periodo de tiempo que va de tres a ocho meses. La estadística toma en cuenta los antecedentes familiares (madre y sus hermanas) que murieron durante el parto.

4 “En la EPMM se utilizó la entrevista abierta para obtener información sobre la ocurrencia de muertes maternas e infantiles. Los casos de muerte materna fueron obtenidos durante el Censo 2001 y corresponde a defunciones acaecidas en el año 2000. La boleta incluyó: la muerte acaecida en el año, mujer de 15 o más edad, muerte durante el embarazo, dando a luz, dos meses después de haber dado a luz y otros. Con posterioridad entre julio y agosto del 2002, fue realizada la EPMM, para ratificar los casos de muerte materna reportados en el Censo y para descubrir, en una muestra de defunciones por otras causas de mujeres de 15 a más edad y de los casos encubiertos de edad 99, si entre ellas había muertes maternas encubiertas” (INE 2002)

5 Información obtenida la Mesa de Trabajo de Anticoncepción, Marzo 2003.

6 La Prensa, Suplemento Especial “Morir en Bolivia”, domingo 4 de mayo de 2003



inferiores, pero proveen más detalle en aspectos específicos que los censos. El INE ha llevado a cabo las siguientes encuestas relacionadas con demografía y salud: Encuesta Nacional de Demografía en 1975; la Encuesta Nacional de Vivienda y Población (ENPV) en 1988; las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA) realizadas en 1989, 1994 y 1998.

La recolección de datos de la ENDSA 2003 se ha iniciado y se espera contar con resultados preliminares en unos cuatro meses.

Las ENDSA se constituye en una fuente importante para el análisis de la información. Su diseño e implementación son asesorados por equipos multidisciplinarios que velan por la calidad en la información. Dada su amplia distribución, se constituyen en una de las pocas fuentes a las que se accede con facilidad.

La ENDSA -94 incluyó datos sobre fecundidad, planificación familiar, salud materno-infantil, lactancia y nutrición, mortalidad infantil y en la niñez. En esta Encuesta sobresale la línea de base para mortalidad materna con una muestra de 60.000 personas entrevistadas. En 1998 la ENDSA tuvo la misma estructura de la ENDSA-94, pero no incluyó mortalidad materna. Sobresale en esta Encuesta la aplicación de un cuestionario individual dirigido a la población masculina de 15 a 64 años de edad sobre anticoncepción, sexualidad e infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

En 1999 el Programa de Salud Reproductiva Nacional de la Cooperación Alemana-GTZ realizó una Encuesta Municipal de Salud, que se constituye en un aporte, dado que se cubrieron municipios rurales que no fueron considerados por las anteriores encuestas.

En el diseño de la ENDSA 2003 han participado distintas instancias, incluyendo al Viceministerio de la Mujer. En su versión más reciente el cuestionario para mujeres incluye diez secciones que abordan distintas temáticas de interés en relación a la SSR y los derechos de las mujeres: 1. antecedentes de la entrevistada; 2. reproducción; 3 anticoncepción; 4a. embarazo, parto, puerperio y lactancia; 4b. inmunización y salud; 4c; seguro básico de salud (SUMI); 5. nupcialidad y actividad sexual; 6. preferencias de fecundidad; 7. antecedentes del esposo; 8. Sida y ETS; 9. mortalidad materna; 10. violencia a la mujer. La sección 2 incluye preguntas sobre aborto espontáneo e inducido o provocado.

Por otra parte, el cuestionario que se aplicará a los hombres contiene básicamente las mismas secciones. No incluye la sección 4 y la sección 10 titula “violencia al hombre”.

Las estadísticas de programas

El objetivo de estas fuentes es el análisis de la información para la evaluación de políticas y programas. Permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad. Para salud se cuenta con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del Ministerio de Salud y Deportes. El SNIS brinda información de la producción de servicios de los programas tanto a

nivel nacional como de cada unidad de salud, sean éstas públicas o privadas. Existe acceso a la información mediante las publicaciones anuales o la página Web del SNIS. En cualquier caso los datos disponibles están en su mayoría desactualizados.

El registro del dato es mediante un proceso que parte de registro diario de la producción del servicio al informe mensual consolidado, y de ahí al informe nacional. La calidad de los datos es deficiente pues hasta el año 2000 no se contaba con un registro diario único y los datos se anotaban en cuadernos, hojas, etc.

Los múltiples registros no permitían una información consolidada, llegando incluso a colocar datos inexistentes⁷ (Camacho, 1996). A partir del 2000 la creación del un solo registro diario mejoró la información e incorporó datos como edad y sexo en los libros de SSR. No obstante, la calidad del dato continúa siendo deficiente por problemas en el llenado de los libros y la falta de un sistema de supervisión. Si bien se obtiene datos sobre hombres y mujeres, no hay acceso específico a la información de adolescentes porque las edades aparecen en grupos quinquenales donde se marca con el sistema de “paloteo” invisibilizando la edad específica (Castro y Loayza, 2002: 15). El análisis de la información del SNIS es muy poco usual.

El registro de datos se lo hace como una función rutinaria para cumplir las exigencias del programa. Si bien existen los Comités de Análisis de la Información (CAI), estos sólo sirven para presentar datos y muchas veces competir entre centros de salud por las mayores coberturas. Ello contribuye a que el interés por la calidad del dato no exista. Tampoco se capacita a los/as proveedores/as de salud para utilizar los datos para evaluar sus programas y en la toma de decisiones para mejorar la prestación de servicios y el acceso a la salud.

La Unidad de Políticas de Población (UPPIA) también produce información e investigaciones que sirven para el análisis de políticas, programas o proyectos.

Estudios e investigaciones

En este acápite nos referimos a documentos que proveen información rápida y son utilizados para monitorear programas. Además de lo producido desde instancias estatales, las ONGs y agencias de desarrollo tienen sus propios estudios, como por ejemplo el Informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que en los últimos años constituye una fuente de referencia importante. Las ONGs que trabajan en salud también han llevado a cabo una variedad de investigaciones. No obstante, uno de los problemas que existe es la ausencia de una base de datos de estas investigaciones para el acceso, difusión y utilización de las mismas en procesos de análisis, evaluación y toma de decisiones..

Cabe destacar que hasta el 2002 el Comité de Investigación, Evaluación y Políticas de Población y Desarrollo (CIEPP)⁸ representó un espacio de



⁷ Este Comité formaba parte de los Comités Técnicos del Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva. En la Asamblea 2001 del Foro se decidió la “desaparición” de estos Comités a favor de una estructura netamente descentralizada. Este proceso será analizado más adelante. Acá sólo cabe destacar que el CIEPP sigue funcionando y desarrollando iniciativas en torno a la investigación en SSR.

⁸ Entrevista al Dr. Alfredo Calvo.

9 La Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas se realizó el año 2000 y en ella 189 países se comprometieron, mediante firma, a cumplir ocho "Objetivos de Desarrollo del Milenio": 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2. lograr la universalización de la educación primaria; 3. promover la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres; 4. reducir la mortalidad infantil y de la niñez; 5. mejorar la salud materna; 6. combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades; 7. garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; 8. desarrollar una alianza global para el desarrollo. "Hoy, los Objetivos de Desarrollo del Milenio se constituyen en los acápites más importantes de la agenda global del desarrollo" (INE et al., 2002:5). - En relación al objetivo de la equidad de género, éste se refiere exclusivamente a logros en la equidad de género en el acceso a la educación formal (coberturas), mientras que el mejoramiento de la salud materna está planteado en términos de reducción de la mortalidad.

10 Esta sección se basa en el documento "Análisis preliminar del Cumplimiento de los Compromisos Regionales Asumidos en la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y en La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Trigésima quinta reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 28 y 29 de abril de 2003.

difusión y debate sobre las investigaciones en SSR de instituciones públicas y privadas. Con el auspicio del UNFPA, este Comité sigue publicando periódicamente los "Resúmenes de Investigaciones Actuales", constituyéndose en una de las pocas iniciativas de difusión de las investigaciones y sus resultados. Asimismo, la Red de ONGs - PROCOSI difunde investigaciones en La revista J & G, Revista de Epidemiología Comunitaria, que es una publicación semestral que tiene por objetivo fomentar la educación e investigación en salud.

Finalmente, otras fuentes relacionadas con información demográfica y de salud son, por ejemplo, el registro civil y de estadísticas vitales, que en teoría es una fuente ideal para datos de mortalidad, fecundidad y nupcialidad, siendo que se caracteriza por su continuidad, permanencia y alcance nacional. No obstante, el sistema es deficiente y en algunos casos incluso inexistente. Desde el año pasado está en vigencia el "certificado único de defunción", en el que se detallan las causas básicas y directas de la muerte. Durante este año se firmó un convenio entre la Dirección Nacional de Registro Civil, el SNIS y la OPS para el intercambio de información. Sobre esa base se espera contar con un estudio actualizado de los indicadores de mortalidad general para fines de este año.⁹

Proyecto "Construcción del Sistema de Indicadores para la Igualdad de Género (SIIG)

En el marco de un convenio interinstitucional suscrito con el Posgrado en Ciencias del Desarrollo de la Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA) y con el auspicio de la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo (ASDI), el INE ha ejecutado un proyecto denominado "Construcción del Sistema de Indicadores para la Igualdad de Género". El objetivo de dicho proyecto era el incorporar en el Sistema Nacional de Información estadística, la generación y difusión de datos e indicadores con enfoque de género.

Uno de los resultados alcanzados a través de dicho proyecto constituye el documento denominado "Enfoque de Género en la Producción Estadística". Este documento tuvo como fuente de información principal la Encuesta de Hogares 2001, realizada a través del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida (MECOVI). El documento presenta, analiza e interpreta información en las siguientes áreas temáticas: hogar, tipología del hogar en relación con el jefe de hogar, pobreza, trabajo y educación. Como se puede observar, este trabajo no incluye, de manera específica, información relacionada con el área de salud.

Capacidades de evaluación y monitoreo relacionadas con los Objetivos del Milenio¹⁰

El segundo informe sobre el Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, preparado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y las Naciones Unidas en Bolivia, contiene referencias sobre las capacidades de evaluación y

monitoreo referidas a cada uno de los Objetivos del Milenio.

Por su particular relevancia para este documento hemos revisado las conclusiones de la valoración de estas capacidades para los objetivos de “equidad de género” y “salud materna”, a partir de lo cual se obtiene el siguiente cuadro comparativo:

Elementos de capacidad de monitoreo	“Equidad de Género”	“Salud materna”
Capacidad de recolección de datos.	buena	débil
Calidad de la información de encuestas recientes.	buena	buena
Capacidad de seguimiento estadístico.	débil	débil
Capacidad de análisis estadístico.	débil	débil
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos.	débil	buena
Mecanismos de monitoreo y evaluación.	débil	débil

Fuente: INE et al., 2002. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Elaboración: Propia.

Otros problemas relacionados con el acceso y calidad de la información

El tema del acceso y la calidad de la información está estrechamente ligado a discusiones en torno a la voluntad política de los gobiernos y tomadores/as de decisión. Las diferencias en los análisis sobre este punto radican en que para algunos/as autores/as la falta de información es la causa de la ausencia de voluntad política para promover ciertos cambios, mientras que para otros/as la relación es precisamente inversa: las deficiencias en cuanto a información serían el resultado de la no existencia de una voluntad política o interés para informarse y promover cambios (Salinas, 2001:348).

Dentro de esta segunda corriente se pueden enmarcar todas las críticas que señalan que en el diseño e implementación de procesos de recolección de datos estadísticos reflejan las múltiples formas de exclusión y discriminación que se encuentran en la sociedad boliviana.

Aunque se han producido avances e iniciativas interesantes para incorporar los enfoques de género e interculturalidad en la producción de datos, su grado de institucionalización es altamente vulnerable a los cambios políticos y otros factores externos vinculados, por ejemplo, a la disponibilidad de apoyo financiero externo.

Finalmente, y como vemos en relación a los Objetivos del Milenio, otro tema que amerita reflexión es la relación entre investigación y políticas. En otras palabras, ¿en qué medida la existencia de información y conocimiento de “la realidad” se constituye en el principal factor influyente a la hora de tomar decisiones y definir normas y políticas? – Un tema para investigar.

EL CONTEXTO INTERNACIONAL

A Ocho Años de Beijing: Logros, Dificultades y Tendencias en la Región¹¹

Con vistas a la realización de la Novena Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (México 2004), se ha preparado un análisis preliminar del cumplimiento de los compromisos regionales asumidos en la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer (Lima 2000) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995).

El citado documento alude a procesos no lineales y hace referencia a las tensiones y dinámicas no sinérgicas que caracterizan los avances y conquistas de las mujeres en la Región, señalando aquellos obstáculos que inhiben todavía a las mujeres del goce pleno de sus libertades conquistadas: “el proceso emancipatorio de las mujeres ha puesto en evidencia la relevancia social y económica e su trabajo no remunerado y la necesidad de transformaciones en las relaciones del ámbito público y privado” (4).

Así, mientras que el ámbito privado se mantiene “intacto” como responsabilidad naturalizada, invisibilizada y no valorada de las mujeres, las áreas críticas de la economía y la política siguen siendo dominadas por hombres.

En relación a los avances, se identifican como irreversibles el acceso de las mujeres al ámbito público del trabajo remunerado y el incremento del logro educativo. En contraposición otros logros, como los cambios jurídicos, el desarrollo institucional, la mayor cobertura de los servicios de salud materno-infantil y reproductiva, y la participación en la toma de decisiones se caracterizan por su volatilidad.

El informe resalta que el limitado impacto de los logros en el acceso a la educación formal en la reducción de las brechas de ingreso y la participación de las mujeres en la toma de decisiones, alude a problemas persistentes en la calidad y enfoque de la educación, que no contribuyen de manera efectiva a la construcción de la equidad y a la eliminación de la discriminación. También señala que en algunos países aún existen brechas de acceso, especialmente en la educación superior, mientras que la “brecha digital” se vislumbra como una característica compartida: “El panorama educativo muestra cómo, a pesar del progreso generalizado, las brechas entre mujeres se agudizan, debiendo la

¹¹ El caso de USAID muestra una situación inversa.

región enfrentar las aspiraciones de grupos de mujeres por no quedar rezagadas en el acceso a las nuevas tecnologías y, por otro lado, evitar el retorno a la mayor de las exclusiones como es el analfabetismo. Los desafíos de política deberían estar orientados no sólo a universalizar la educación básica o a mejorar la calidad de la educación media, sino a un enfoque sistémico donde a la vez que se superen los rezagos en alfabetismo femenino, se facilite su inserción en el mundo global” (21).

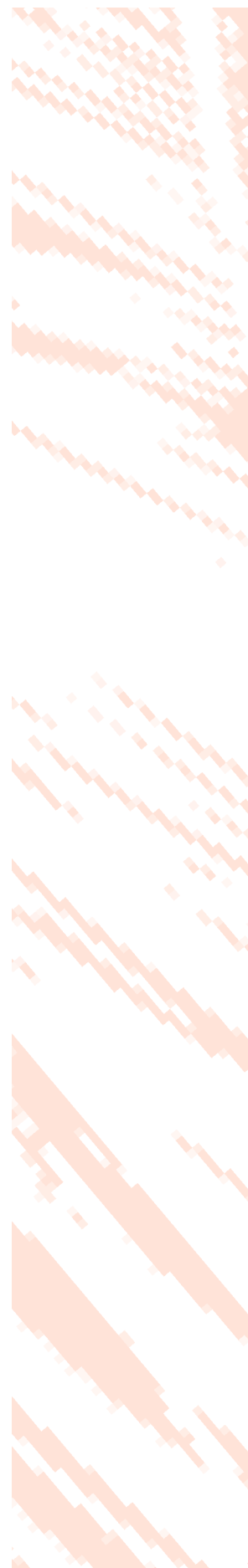
La tendencia de una creciente participación femenina en la fuerza laboral se mantiene, vinculada a una mayor tasa de fecundidad, según refleja un análisis realizado para 16 países de la región. Un cambio relevante en el comportamiento de las mujeres respecto a su inserción laboral muestra que en la región latinoamericana no abandonan el mercado de trabajo durante la edad fértil. En lo que no se observan cambios significativos es en la discriminación de género en el mercado laboral, que se refleja, por una parte, en las tasas de desempleo mayores para las mujeres independientemente de su calificación educativa, y por la otra, en la persistencia de la brecha salarial, que es incluso más amplia entre las mujeres más calificadas. Ello a pesar del reconocimiento de la importancia del trabajo femenino en la reducción de la pobreza, que, aunque de manera insuficiente, ha servido para fomentar el autoempleo femenino, el acceso al crédito y la capacitación laboral.

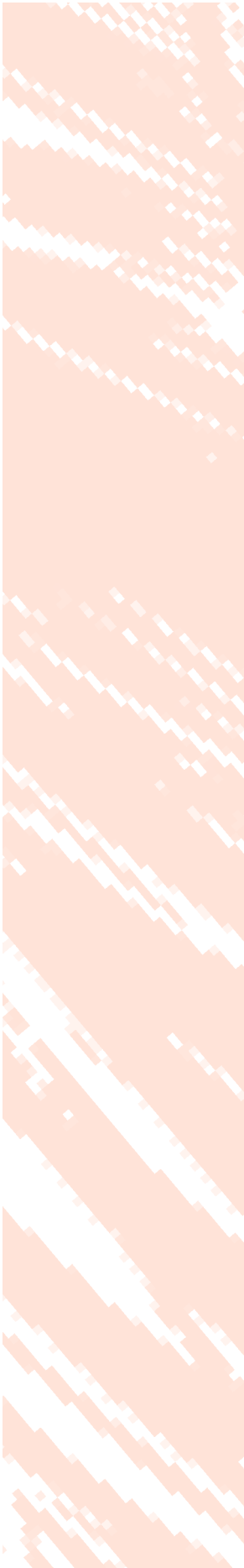
En cuanto a las políticas económico-laborales, el análisis concluye que el grado de incorporación de la perspectiva de género en la región es heterogéneo, enfatizando que a la existencia casi generalizada de planes de igualdad no corresponden, en igual proporción, planes de igualdad en el trabajo.

Por otra parte y “a pesar de la masiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, el sistema de pensiones reproduce la discriminación salarial y ocupacional”. En relación a este tema cabe mencionar que en el Consenso de Lima, adoptado por la Octava Conferencia Regional de los Estados Miembros, éstos se habían comprometido a:

- “Promover medidas que aseguren una mejor calidad de vida de la mujer en todas las etapas de su vida, especialmente en la tercera edad;
- Desarrollar estrategias tendientes a sistemas equitativos de protección social; y a
- Promover el reconocimiento de la contribución social y económica del trabajo no remunerado de las mujeres, predominantemente en el hogar, e instar a los gobiernos a incluir a las mujeres que lo realizan en los sistemas de seguridad social” (cita en Mesa Directiva 2003:11).

En relación a la lucha contra la pobreza, ésta es una prioridad compartida en la región. Varios países cuentan con políticas, programas y estrategias, aunque no todos incorporan explícitamente las dimensiones de género. Tomando en cuenta que la Cumbre del Milenio además de explicitar la necesidad de promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la





mujer como un objetivo específico la considera una condición *sine qua non* para el logro de todos los demás, se plantea la necesidad de entender la pobreza de las mujeres también como producto de su subordinación. “Esto permite identificar por un lado la desventaja y subordinación de las mujeres dentro de los hogares pobres, y por otro identificar la existencia de mujeres potencialmente pobres en hogares no pobres” (12).

El índice de feminidad de los hogares pobres en las zonas rurales presenta una proporción de mujeres ligeramente superior a la de los hombres, en su mayoría vinculada a una mayor tasa de hogares “jefaturizados” por mujeres. Ello refiere a las “mayores probabilidades que tienen las mujeres de caer en la pobreza”, que se incrementan a su vez durante el ciclo de vida. En la última década se ha observado un incremento de los hogares indigentes encabezados por mujeres. Por otra parte, “también se observa que la proporción de mujeres adultas mayores que reciben ingresos por jubilación y pensiones es menor a la proporción de hombres que reciben este mismo tipo de ingresos” (13).

En cuanto a la institucionalidad, por una parte las perspectivas parecen esperanzadoras, en tanto el análisis concluye que “América Latina y el Caribe cuentan con un entramado institucional sustentado en principios de igualdad. Las Oficinas Nacionales de la Mujer, en general en diálogo con la sociedad civil, se han convertido en la columna vertebral de este entramado y aunque aun operan con baja intensidad debido a la escasez de recursos y a las fuerzas de la agenda económica financiera en la región, llegan al presente siglo en mejores condiciones para ejecutar la agenda de las mujeres que hace cinco años” (5). Ocho países cuentan con un mecanismo cuya responsable tiene rango de Ministra, a lo que se añaden el desarrollo de tramas institucionales y el crecimiento de una masa crítica de mujeres políticas, académicas y activistas que sustentan e impulsan los procesos de las políticas de género.

Cabe señalar, empero, que los procesos de jerarquización, modernización e institucionalización no se reflejan homogéneamente en consensos “sobre la legitimidad del rol de los mecanismos como espacios de formulación de políticas” (21). Así, a las debilidades que emanan de la falta de continuidad, de la reducción de personal y recursos se añade “una grave tendencia la desperfilamiento de los mandatos de género a favor de acciones asistenciales de corto plazo” (23).

En América Latina y el Caribe las demandas de igualdad de género han sido abordadas fundamentalmente a partir de tres tipos de políticas públicas:

- **Políticas de igualdad de oportunidades**, que se traducen en medidas para corregir desigualdades de acceso (ej. a la educación). “La principal herramienta ha sido los planes de igualdad de oportunidades y el fortalecimiento de los mecanismos para el adelanto de la mujer... Desde el punto de vista jurídico se ha apoyado la búsqueda de la igualdad formal de las mujeres” (*Ibíd.*:22).
- **Políticas antidiscriminatorias** o de acción positiva como las leyes contra la violencia, el acoso sexual, las leyes de cuotas, “orientadas a

producir **transformaciones** y generar resultados equitativos en las relaciones entre hombres y mujeres”, transitando de la igualdad formal a la igualdad real (*Ibíd.*:22).

• **Programas focalizados** “para mejorar la situación de mujeres pobres o en situación de vulnerabilidad orientados a ofrecer servicios de salud, alfabetización, transferencias de ingresos, acceso a micro crédito y otras necesidades vinculadas a facilitar el rol de las mujeres en la lucha contra la pobreza” (*Ibíd.*:21).

Entre las políticas antidiscriminatorias cabe resaltar aquellas medidas de acción positiva de tipo compulsivo orientadas a enfrentar el problema de la subrepresentación femenina. Entre los países que superan el 30% de representación legislativa están Costa Rica y Argentina, seguido por Cuba con un 28%. En términos generales se identifica, empero, que sólo un 20% de los organismos legislativos en la región cuentan con una participación femenina mayor al 20%.

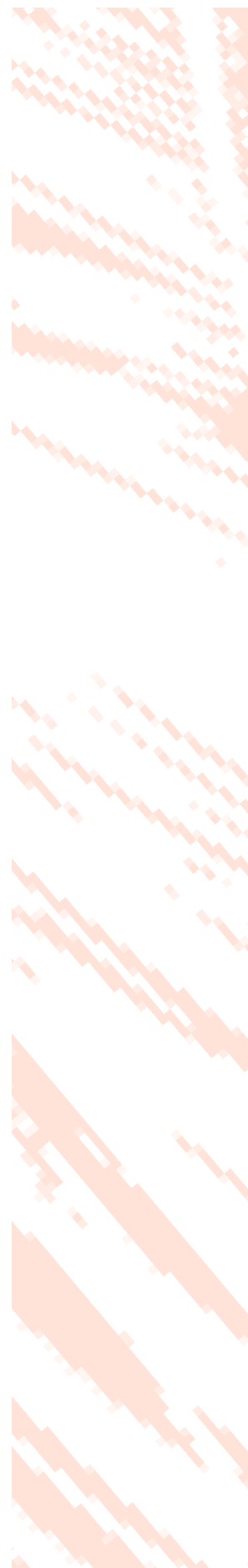
La sociedad civil ha jugado y juega un rol fundamental en la promoción de las políticas públicas de género. Un claro ejemplo es la generalización de las políticas para combatir la violencia en la región. Aunque en el marco de procesos no lineales, de realidades heterogéneas en los países y de la persistencia de grupos de mujeres particularmente expuestas a la exclusión y discriminación (mujeres rurales, indígenas y de la tercera edad), el análisis concluye que las mujeres “cuentan con mayor capacidad de agencia generada por su acceso al empleo, la educación y la acumulación de experiencias y recursos disponibles para ejecutar políticas públicas de género” (5).

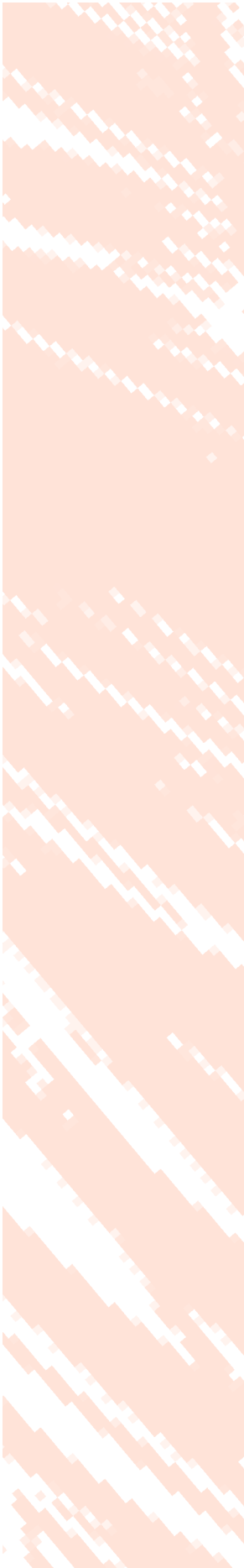
A todo este panorama, que de novedoso tiene poco, se añade un nuevo elemento: “el potenciamiento de fuerzas conservadoras opuestas a la igualdad de las mujeres” (*Íbid.*: 4).

A manera de conclusión el documento señala que “corregir el funcionamiento discriminatorio de los mercados, fortalecer la sociedad y la acción ciudadana y dar mayor transparencia a la acción del Estado son las necesidades que se hacen evidentes cuando se observan los obstáculos a los que se enfrentan las políticas de equidad de género en la región. En este ámbito es necesario profundizar los procesos de participación ciudadana de las mujeres en todas las instancias de adopción de decisiones” (27).

Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en la Balanza Global

El año 2000, cuando se evaluaban los 5 años después de la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing (1995), existía en términos generales consenso respecto a la expansión de la acción gubernamental “para mejorar la salud reproductiva de las mujeres y promover sus derechos” (CRLPa, 2001:7). Como señala un documento preparado por Family Care Internacional el año 2000, se podía observar que luego de las Conferencias de el Cairo y Beijing los gobiernos de muchas partes del mundo habían tomado





medidas para reorientar o expandir servicios que respondan mejor a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los clientes (s/n).

El informe de CRLP a cinco años de la Conferencia de Beijing, señala que si bien en algunos países las políticas no habían abordado las necesidades de salud reproductiva en toda su amplitud, restringiéndose a la provisión de anticoncepción o a la salud materno-infantil, “ha habido una clara tendencia en algunos países, sobre todo en la región latinoamericana, a satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres en toda su amplitud” (CRLP 2001:17).

Con relación a la **anticoncepción**, el informe señala, por una parte, el involucramiento de muchos Estados en la distribución de anticonceptivos en servicios públicos de salud, al mismo tiempo que alerta respecto a situaciones/países en los que el Estado no tiene capacidad para satisfacer las necesidades de personas que desean planear sus familias y/o pone obstáculos al acceso de las mujeres a toda la gama de elecciones anticonceptivas a través de la regulación, la limitación de la publicidad y/o el requerimiento de autorización de terceros (CRLP 2001:20-22).

Con relación al **aborto**, entendido en el marco del derecho a la autodeterminación reproductiva, información obtenida de CRLP señala que el 62% de las personas viven en los 64 países en los que el aborto inducido está permitido para una amplia gama de razones o sin restricción alguna. Para el otro 38% de la población mundial, el aborto puede estar prohibido totalmente o permitido solamente para proteger la vida o salud de la mujer. Mientras que en los últimos 20 años se ha podido observar una tendencia clara hacia la eliminación de barreras legales para acceder al aborto, el derecho de elegir un aborto permanece inaccesible o bajo riesgo en muchas partes del mundo (www.reproductiverights.org).

Aludiendo al tema de la barrera entre la existencia de normas y su aplicación, es importante considerar que “la capacidad de una mujer para conseguir un aborto depende también de que haya servicios disponibles, lo cual puede depender de factores tan diversos como la interpretación que se haga de la ley existente, la aplicación de la ley y las actitudes de la comunidad médica y del público en general. En países con leyes restrictivas, los profesionales de la salud pueden no conocer las condiciones en las que está permitido el aborto. A veces, los proveedores de la salud se niegan a cumplir la ley o no están capacitados adecuadamente para hacerlo” (CRLPa, 2001a:30).

Incluso en países donde el aborto es permitido sobre una base amplia, la decisión de una mujer puede ser subestimada y afectada por barreras de procedimiento y acceso a servicios de aborto. En el mundo dichas barreras incluyen:

- Consejería obligatoria, frecuentemente con la intención de desanimar a la mujer embarazada de abortar.
- Periodos de espera que a veces requieren que la mujer espere varios

días hasta recibir la autorización requerida.

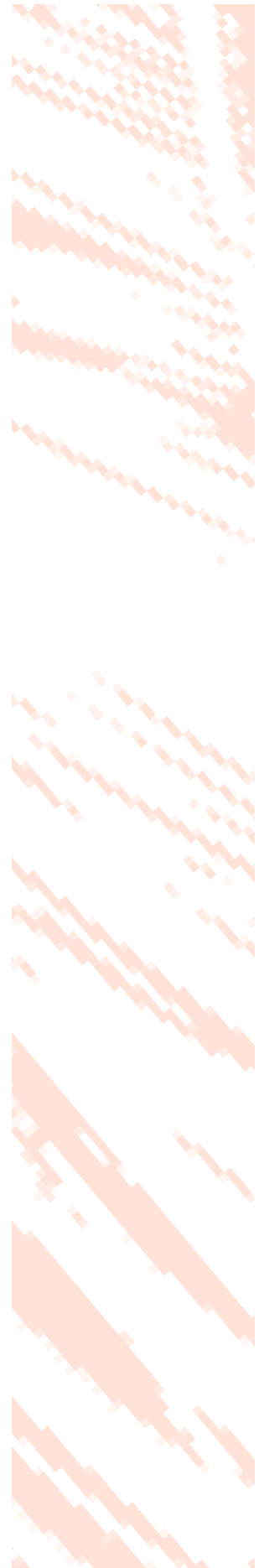
- Requerimiento de consentimiento y notificación, que obligan a la mujer casada a obtener el consentimiento de su esposo o requieren que una menor notifique u obtenga el consentimiento de su progenitor/a antes de un aborto.
- Restricciones en la publicitación del aborto, lo que impide que las mujeres obtengan información sobre la disponibilidad de servicios de aborto. (www.reproductiverights.org).

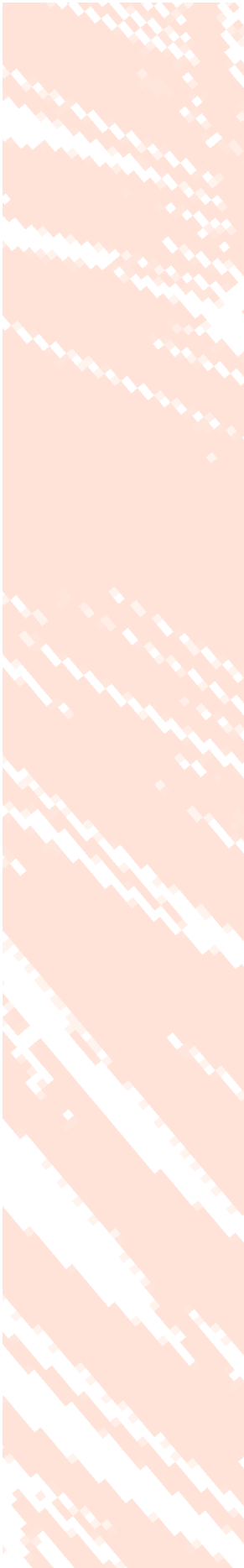
Con relación a **VIH/SIDA** y otras ITS, el documento de CRLP enfatiza que “el impacto del VIH/SIDA en las mujeres es una de las preocupaciones de salud reproductiva más apremiantes... Como el papel subordinado de las mujeres en la sociedad eleva su riesgo de infección del VIH, los Estados deben abordar esta epidemia con una perspectiva de género” (35). “Como las leyes y costumbres de muchos países niegan a las mujeres el disfrute igual de sus derechos humanos, las mujeres están especialmente afectadas por la discriminación con la que se suele tratar a las personas que viven con VIH/SIDA”. Así, si bien “la comunidad internacional ha reconocido que, en muchas partes del mundo, las mujeres se están infectando de VIH a ritmos superiores a los de los hombres” (CRLPa, 2001:74), “el sistema legal puede ofrecer pocos recursos a las mujeres para reivindicar sus derechos y de esta manera protegerse de la discriminación y los ataques de miembros de su familia o comunidad” (*Ibíd*:37).

En lo que hace referencia al **maltrato físico** en sus distintas formas y expresiones (prácticas tradicionales dañinas, violación y otras formas de violencia sexual), el informe citado reporta también avances en la aprobación de legislación que amplía la protección a las mujeres en sus hogares y en sus comunidades. Adicionalmente, “el uso de la violación como un arma de guerra y represión política en los últimos años ha sido objeto de condena por la comunidad internacional” (CRLPa, 2001:74).

Respecto al **matrimonio y la familia**, el informe enfatiza la existencia de numerosas normas y prácticas culturales, leyes y políticas que afectan a las mujeres en la formación, durante y en la disolución del matrimonio: “A pesar de la prohibición legal internacional de esas prácticas, están protegidas por ley o son ignoradas por los funcionarios que tienen a su cargo la aplicación de la ley en muchos países” (74). Sin dejar de considerar ciertos progresos, este es quizás el ámbito donde las transformaciones encuentran más barreras y dificultades. Incluso en países con leyes y políticas de vanguardia en otros temas, se mantienen vigentes normas relacionadas con el matrimonio y la familia que violan los derechos de las mujeres. Todo ello a pesar de que “los derechos de las mujeres en el matrimonio y la familia fueron unos de los primeros derechos humanos pertenecientes a la condición de las mujeres en ser explícitamente reconocidos en el derecho internacional” (*Ibíd*: 54).

Finalmente, el informe de CRLP aborda el tema de las **adolescentes** en tanto grupo que debido a sus características y circunstancias de vida





particulares, enfrenta “obstáculos cada vez mayores en el disfrute de sus derechos reproductivos” (75). Haciendo un balance se observa el incremento en la conciencia sobre las necesidades particulares de estos grupos de mujeres y, consecuentemente, la aprobación de leyes y políticas que promueven y protegen su salud y sus derechos reproductivos. “Sin embargo, en su mayor parte, las adolescentes siguen careciendo de acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos, servicios de aborto seguro y servicios de salud comprehensivos, incluidas medidas para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS” (75).

Del análisis de los procesos y tendencias enunciadas en el informe de CRLP con relación al establecimiento de leyes y políticas, podemos concluir y aprender que:

- Los progresos normativos y en las políticas relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos no necesariamente se dan en contextos globales – nacionales e internacionales – favorables. Existen diversos factores y actores influyentes que no siempre son representativos del “clima global” ni de la voluntad política para implementar los cambios.
- Existe una estrecha relación entre financiamiento externo y cambios en normas y políticas.
- Al mismo tiempo que la existencia de distintos actores y factores influyentes puede constituirse en una oportunidad para introducir cambios positivos en contextos no favorables, esta situación generalmente se traduce en una alta vulnerabilidad en términos de aplicación y sostenibilidad de los progresos.
- En un mismo país, las tendencias y procesos de reformas legales y políticas no siempre van ni articuladas ni en una misma dirección. Mientras se producen avances en un sentido, pueden estarse produciendo retrocesos en otro. Los derechos de las mujeres no se reconocen, en la práctica, como conectados e interdependientes.
- La sociedad civil, en sus distintas manifestaciones, juega un rol central en la promoción de normas y leyes que garanticen los derechos sexuales y reproductivos.
- Los progresos son reversibles. Entonces, si bien pueden identificarse tendencias y deducirse posibles procesos encadenados de mejoras progresivas, no hay que “bajar la guardia”.

En relación a este último punto, si bien el informe de CRLP atribuye el logro de los progresos al “trabajo de defensores y defensoras de los derechos de las mujeres a nivel mundial” (73), hoy resulta preciso hacer un análisis profundo y autocrítico sobre el debilitamiento silencioso y “repliegue” que se observa en los movimientos de mujeres, feministas y, de manera más general, en las organizaciones de la sociedad civil.

“La década de los noventa, sin lugar a dudas, significó uno de los períodos más importantes en la conquista de derechos para las mujeres y han sido precisamente sus movimientos y particularmente los movimientos feministas, que organizados nivel nacional, regional e internacional han propuesto poner límites, desafiando las dimensiones discriminatorias y prejuiciosas de la cultural y el sistema patriarcal. Extendimos un discurso y una propuesta de igualdad, contribuimos a establecer nuevas normas y principios jurídicos, a generar políticas públicas más equitativas y a redimensionar la política y el poder, desde el ejercicio de una ciudadanía activa, propositiva, confrontativa; y, sobre todo, de una ciudadanía basada en la convicción profunda de que la igualdad y la equidad son posibles de ser construidas en el marco de la tolerancia, el respeto a las diferencias y la diversidad” .

(Ximena Machicao, ponencia presentada en el Seminario Ponencia presentada en el Seminario “Mujeres y Coyuntura Nacional”. AMUPEI - CIDEM, La Paz, Mayo, 2003).

Otro tema que amerita ser profundizado, a partir de lo analizado en el informe de CRLP, es el de los obstáculos en la aplicación de las leyes y políticas vigentes. Los factores inhibidores frecuentemente no se expresan en la normativa formal. Por el contrario, tienen que ver a menudo con barreras culturales, religiosas, económicas, etc. que, agudizadas por una frecuente falta de voluntad política, impiden la aplicación de la norma. Por lo tanto, es importante contraponer la existencia de avances en las leyes y políticas con información que permita evaluar su aplicación efectiva. Desde esta perspectiva, los avances reales han sido menores a los formales. En algunas áreas y países la evidencia incluso muestra tendencias opuestas: retrocesos en las condiciones reales para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a pesar de los avances normativos.

Resulta también clave profundizar el análisis de esta brecha “norma vs. realidad” en relación al papel de la cooperación internacional, que, de diversas maneras, ha jugado un rol fundamental como impulsora del desarrollo de marcos normativos generalmente favorables a los derechos y salud sexual y reproductiva.¹² Este rol, frecuentemente ligado a condicionamientos para obtener financiamiento, podría ayudar a explicar la proliferación de leyes y políticas que no se cumplen: no son, realmente, parte de las prioridades e intereses de los/as gobernantes y tomadores/as de decisión.¹³

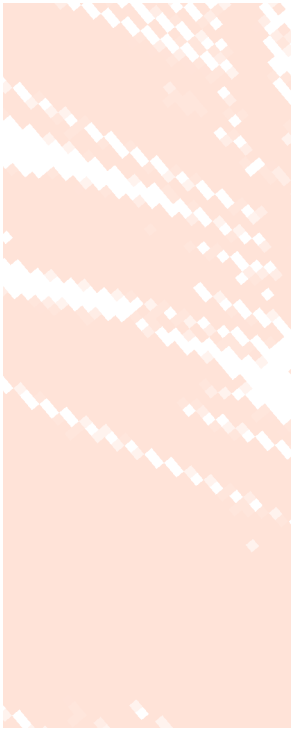
Desde otro ángulo, si la voluntad política y los factores que inciden en ella son un tema de preocupación en cuanto al cumplimiento de compromisos internacionales y la aplicación de normas nacionales, su traducción en términos de prioridades de financiamiento resulta ser un factor clave que podrá inhibir el logro de las metas y compromisos acordados internacionalmente.

Como señala un documento citado por FCI, “los fondos para proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a todo el mundo, de acuerdo con el llamado de la CIPD, están muy por debajo del nivel acordado inicialmente. En el año 2000 se necesitará un mínimo de US\$ 17.000 millones de dólares para



12 Entrevista a Ximena Machicao.

13 A manera de ejemplo se puede citar que a inicios del 2002, la administración del presidente Bush proponía extender los servicios de salud al óvulo fertilizado, clasificando al feto como “niño no nacido”, expandiendo las coberturas a los individuos menores de 19 años incluyendo el periodo desde la concepción hasta el nacimiento (página web de CRLP: www.reproductiverights.org).



14 “Algunas acciones están técnicamente permitidas bajo la Regla de Obstrucción Global, incluyendo la provisión de servicios de aborto o hacer lobby y educación pública sobre el aborto en casos de violación, incesto o amenaza para la vida de la madre. Los/as proveedores están permitidos de responder “pasivamente” a una pregunta de una mujer embarazada sobre dónde podría obtenerse un aborto seguro y legal si ella ‘muestra claramente que ella ya ha decidido someterse a un aborto legal, y el/la consejero/a de planificación familiar cree razonablemente que la ética de la profesión médica en el país requiere una respuesta sobre dónde se puede obtener de manera segura” (CRLP, 2001b:s/n).

15 En el caso de CARE, por ejemplo, se incluye una noticia sobre la crítica realizada por su presidente Peter Bell a la Política de Ciudad de la Ciudad de México o Regla de Obstrucción Global.

proporcionar los servicios que los gobiernos acordaron en la CIPD y aún más, en años subsiguientes. Hasta la fecha, los compromisos de los donantes son mucho menores de lo que se necesita y, por el contrario, los países en desarrollo están gastando cerca de US\$ 8.000 millones de dólares al año, casi el 80% de la cantidad que se comprometieron” (s/n).

La situación ya crítica en el 2000 ciertamente se ha agudizado después de los sucesos del 11 de septiembre de 2001, a partir de los cuales se radicalizó la política conservadora de los Estados Unidos¹⁴, se fortalecieron los fundamentalismos en todas sus expresiones, y se redefinieron las prioridades financieras. En ese marco, en muchos países se observa la creciente influencia – explícita y/o implícita- de las iglesias conservadoras en el Estado y sus políticas.

Entre las medidas que reflejan la línea ultra conservadora agenda del presidente de los Estados Unidos cabe citar la re-imposición de la Regla de Obstrucción Global en enero de 2001, concebida durante la administración Reagan. Como señala Anna-Britt Coe, “la Regla de la Mordaza forma parte de una agenda política que emerge al inicio de los años 80’ por parte de la derecha religiosa o cristiana estadounidense con el propósito de contrarrestar las libertades individuales ganadas por los movimientos sociales de los años 60 y 70, tales como los derechos civiles, derechos reproductivos y los derechos sexuales. Esta agenda se diferencia del paradigma tradicional de los sectores conservadores en que éstos buscan aplicar interpretaciones estrictas de la doctrina cristiana a políticas públicas, sin tomar en cuenta la ciencia o las evidencias”. En el ámbito de los derechos reproductivos, “su discurso y acción política contra el derecho al aborto seguro es un eje central para avanzar con esta agenda que busca restringir todos los derechos reproductivos” (cita en Mollmann y Chávez, 2003:13).

Esta política internacional restringe y condiciona todo financiamiento para planificación familiar que se provee a través del programa de población de la Agencia Internacional para el Desarrollo, más conocida como USAID. Esta medida impide a ONGs que reciben fondos de anticoncepción de USAID de utilizar sus propios recursos o aquellos provenientes de otras fuentes para proveer servicios de aborto, abogar por cambios en leyes sobre el aborto e incluso proporcionar información médica completa y precisa sobre servicios legales de aborto.¹⁵ Entre otros esta Regla también vulnera el ejercicio del derecho a la libre expresión al impedir que las ONGs desarrollen actividades de lobby con sus gobiernos en torno a temas como el aborto. Otros derechos que se restringen son el acceso mismo a servicios de salud reproductiva, la libertad de pensamiento y la autonomía de los pueblos (www.reproductiverights.org; Mollmann y Chávez, 2003:11).

El argumento sobre la necesidad de esta medida para impedir que los fondos de Estados Unidos se utilicen para la realización de abortos inducidos en otros países no corresponde, en la medida en que ya desde 1973 la Enmienda Helms cumple esta función. Entonces, “surge la pregunta acerca de

qué actividades, en realidad, están siendo ‘evitadas’ por esta medida” (cita en Molmann y Chávez, 2003:14).

Otra iniciativa del conservadurismo estadounidense que también concierne a las ONGs es el “NGO Watch” (“Observatorio de ONGs”), un proyecto colaborativo entre el “American Institute for Public Policy” y la “Federalist Society for Law and Public Policy Studies” que se concreta a través de una página web (www.ngowatch.org). Estas organizaciones declaran no ser del gobierno pro estar allí “para ayudarlo”.

La iniciativa parte del reconocimiento de la creciente importancia de las ONGs, que, se señala, han llegado a asumir roles “quasi gubernamentales” y de toma de decisiones, supuestamente no consignados en sus mandatos originales. Se hace referencia a la no-regulación y control de las ONGs, sus fuentes y usos de financiamiento. En ese marco se argumenta la necesidad de “traer claridad y transparencia” al mundo de las ONGs, por lo que se crea una página web con información sobre ONGs, incluyendo su dirección, su estatus frente a las Naciones Unidas, su misión, iniciativas, liderazgo, remesas anuales y conexión con el sistema de impuestos. A ello se añade el análisis de asuntos relevantes, tratados y organizaciones internacionales en las que las ONGs son activas, además de noticias sobre causas y campañas.¹⁶

Otra medida de gran impacto internacional ha sido la no aprobación de parte del Congreso estadounidense de recursos financieros para el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Esta decisión del año 2002 fue ratificada durante la presente gestión.

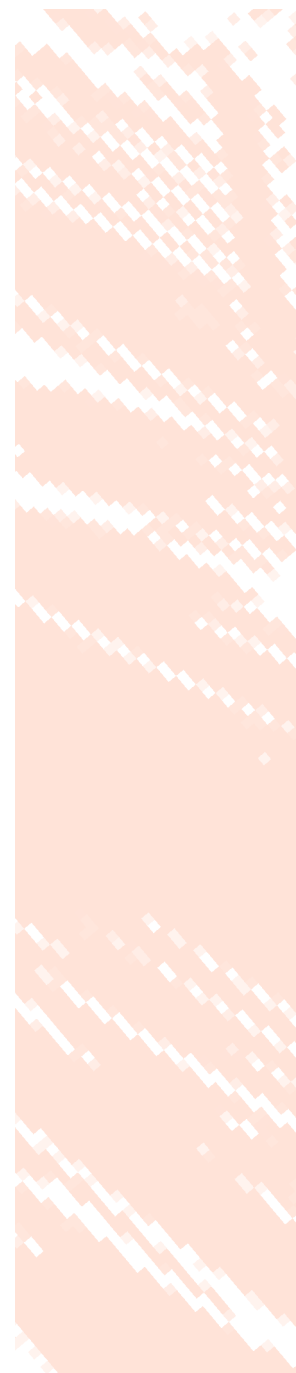
A este panorama se suma la guerra contra Irak, que también ha afectado el orden institucional internacional, con efectos y consecuencias sobre los derechos humanos en general, y los derechos de las mujeres en particular. Entre otros, la “guerra contra el terrorismo”

Y las perspectivas no son alentadoras, pues todo parece indicar que el presidente Bush será reelegido el 2004.

Datos Globales y Regionales sobre Mortalidad Materna y Aborto

De acuerdo a información de la OPS/OMS, “a diario mueren 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. De estas 585,000 mujeres, como mínimo mueren anualmente y más de 50 millones sufren de complicaciones asociadas con el embarazo”.¹⁷ “A nivel mundial la mortalidad materna tiene una razón de 430 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo esta razón es de 480 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados hay 27 muertes por cada 100,000 nacidos vivos” (cita en INE 2003: 14-15).

En relación a las mujeres gestantes, 3’240,000 gestantes en la región no tienen control del embarazo; 3’440,000 no reciben atención del parto en una institución de salud; 2’980,000 no tienen acceso a atención del parto por personal calificado, lo que da como resultado que 25,000 gestantes mueren anualmente (cita en INE 2003: 15).¹⁸



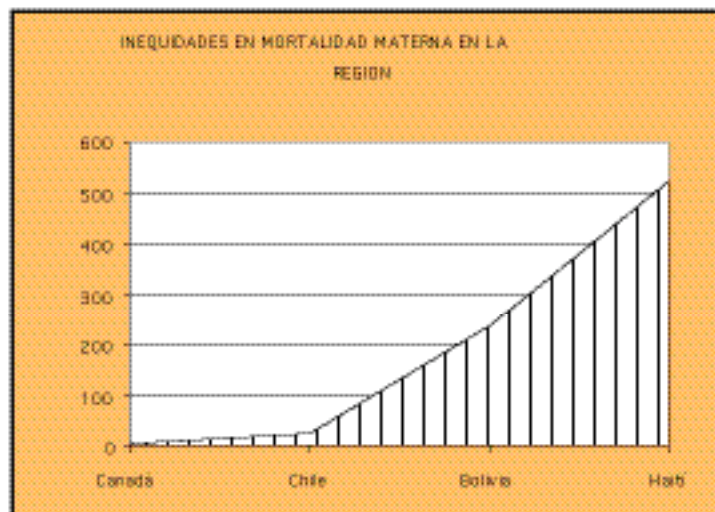
16 26ava Conferencia Sanitaria Panamericana. OPS/OMS. Septiembre 2002.

17 Situación de las Américas – Indicadores Básicos 2002. OPS/OMS.

18 Ponencia presentada en el curso “Adaptándose al Cambio. Reforma del Sector Salud y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos”, realizado en Oaxaca, México, del 11 al 22 de agosto 2003.

El riesgo que corre una mujer durante su ciclo de vida de morir por un embarazo es de 1 en 16 en África; 1 en 65 en Asia; 1 en 130 en América Latina y el Caribe; 1 en 1,400 en Europa; y 1 en 3,700 en Norteamérica (CRLP 2002:29).

Según la misma fuente, “las Américas presenta algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo. Por ejemplo, en Canadá hay sólo 4 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos frente a 523 en Haití. Aún dentro de América Latina existen grandes disparidades; Chile presenta una razón de mortalidad materna de 23 por 100,000 nacidos vivos frente a 235 en Bolivia. Los datos indican que las razones son inferiores a 100 por 100,000 nacidos vivos en más de 10 países miembros como Brasil, Argentina, México, Cuba y otros” (cita en INE 2003:15-16).



Fuente: OPS/OMS (INE 2003)

Elaboración: propia

“Las complicaciones del embarazo y del parto constituyen las principal causa de muerte y discapacidad en las mujeres de 15 a 49 años” (cita en Family Care Internacional s/n). De acuerdo al documento de Langer y Nigenda, un 90% de las muertes maternas que acontecen por diversas complicaciones podrían evitarse (2000:8).

Como balance global, en América Latina y el Caribe “la mortalidad materna tiene una disminución lenta que se explica por las situaciones de deterioro de las condiciones de vida en general, que afectan particularmente a los estratos más pobres de la población” (INE 2003:15).

De acuerdo al mismo documento, “existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la región, como Guatemala y Honduras, más del 50% de los partos son atendidos en casa, por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa sin recibir atención alguna en una institución de salud” (16).

“La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la salud reproductiva

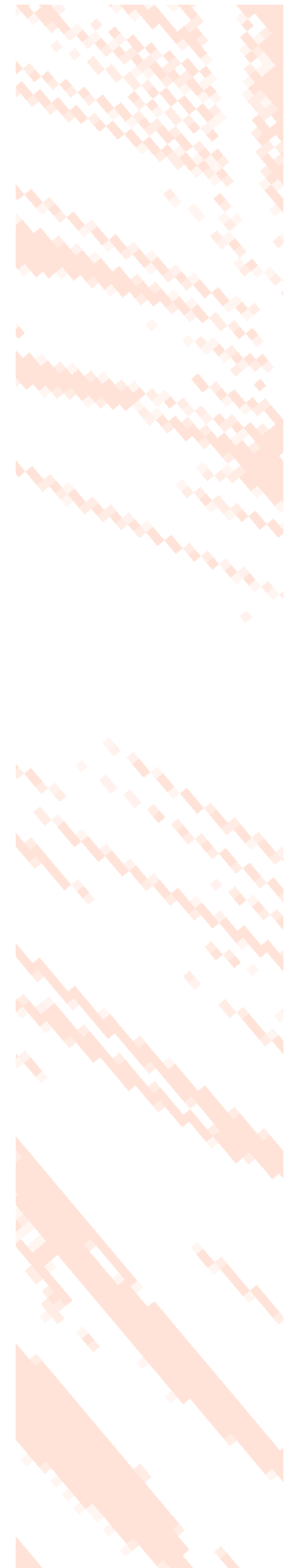
representan el motivo principal de pérdida de *años de vida ajustados por discapacidad* en la región” (Langer y Nigenda, 2000:20). Por otra parte, los estudios de efectividad han demostrado que intervenciones de salud reproductiva de bajo costo salvan muchas vidas. “En consecuencia, la inversión de los recursos disponibles para la salud en estas medidas es más eficiente que casi cualquier otras intervención de los servicios de salud” (*Ibid.*:22).

Sobre las causas de muertes maternas, la OPS/OMS también informa que “en todos los Estados miembros (incluido Canadá y EEUU) predominan las causas obstétricas directas, que superan el 70%, siendo las más comunes la hemorragia, la septicemia y la toxemia (hipertensión inducida), seguidas por las complicaciones del puerperio. Los datos disponibles indican que las complicaciones del aborto son un importante contribuyente de la mortalidad materna” (INE 2003:16). Para los “países en desarrollo” diversos estudios estiman que los abortos inseguros responden por un 13% de las muertes maternas (Langer y Nigenda, 2000:9).

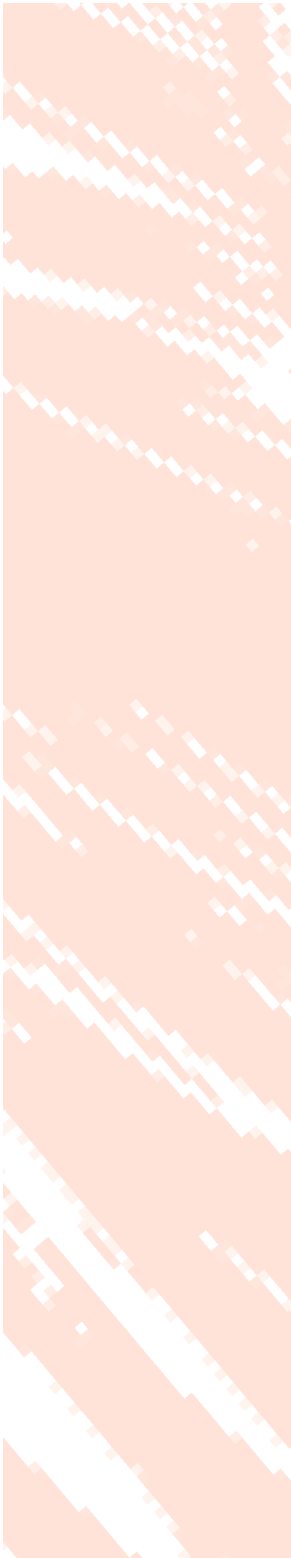
En América Latina y el Caribe el aborto es un problema de salud pública por las graves consecuencias que tiene sobre la salud y por las desigualdades socioeconómicas que refleja: “Se considera que el aborto inducido es la condición de salud que mejor refleja las inequidades sociales”, señalaba la Dra. Ana Langer del Population Council.¹⁹ “Las mujeres que cuentan con información y recursos económicos consiguen interrumpir su embarazo no deseado en condiciones seguras, sin dolor y, en la enorme mayoría de los casos, sin consecuencias posteriores sobre su salud y su vida. En el otro extremo están las mujeres que no cuentan con información sobre dónde acudir y, sobre todo, que carecen del dinero para pagar a un proveedor que interrumpa su embarazo con técnicas adecuadas, en condiciones asépticas y mitigando el dolor; sus opciones serán recurrir a personas que no están capacitadas ni preparadas para realizar esta maniobra, bien intentarlo ellas mismas, con graves consecuencias sobre su salud en el corto y largo plazo. La práctica clandestina e insegura del aborto es una experiencia traumática para la salud biológica y psicológica y conlleva un riesgo elevado de complicaciones agudas y crónicas, así como de muerte a consecuencia de ellas.”

En términos generales, la relación entre pobreza y SSR es circular y de influencia bi-direccional. Por una parte, mujeres que viven en situación de pobreza tienen mayor probabilidad de no gozar de una buena SSR, al mismo tiempo que los efectos de una mala SSR (ej. una muerte materna) trascienden a la mujer, afectando la productividad nacional y del hogar, así como las posibilidades y calidad de vida de los/as hijos/as. (Langer y Nigenda, 2000:4-5)

Para finalizar este acápite cabe citar las conclusiones generales de la conferencia “Embarazo no deseado y aborto inducido: Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe”, celebrada en Cuernavaca, México, en noviembre de 2001. Esta conferencia “reunió a 300 científicos que investigan



¹⁹ En base al resumen elaborado por Ximena Machicao.



las consecuencias de los cuatro millones de abortos clandestinos que se realizan cada año en la región” (Academia Nacional de Medicina de México *et al.*, 2002:5) y planteó las siguientes conclusiones (13-14):

- Castigar a las mujeres que reciben un aborto, o a los proveedores de salud que realizan el procedimiento, no disminuirá la frecuencia del aborto.
- El acceso inadecuado a servicios integrales de planificación de alta calidad fomenta la epidemia de abortos clandestinos.
- El acceso inadecuado es un factor que agrava la severidad de las consecuencias económicas y de la salud del aborto.
- Entender mejor qué se considera permisible dentro de la ley podría mejorar el acceso a servicios seguros y producir una reforma legal integral y de mayor universalidad.
- La capacitación de profesionales de la salud debe incluir la discusión del tratamiento humanitario de mujeres que enfrentan un embarazo no deseado.
- Reconocer los diferentes papeles que juegan mujeres y hombres en el aborto es crítico.
- Las nuevas tecnologías de aborto son promisorias, pero distan de ser la respuesta total.
- Las secuelas Psicológicas del aborto no se comprenden plenamente.
- La investigación de buena calidad no puede garantizar el cambio, pero su contribución para dirigir la atención hacia la magnitud del problema es invaluable.

El Panorama Regional frente a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Entre agosto del 2000 y mayo del 2001 el CLADEM impulsó un trabajo de recolección y análisis de información en catorce países de la región con relación a un conjunto de aspectos referidos a los derechos sexuales y reproductivos, así como sobre los procesos, políticos, sociales y económicos vinculados con su evolución. Los países participantes fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Uruguay (Vásquez 2002).

El trabajo realizado tuvo por objeto llevar a cabo un diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos en estos catorce países, así como analizar y caracterizar las tendencias que seguiría su evolución en los próximos años. El estudio se concentró en el período 1995-2000, aún cuando se consideró información relevante de etapas previas y posteriores.

Dado el carácter abarcador y actualizado de los hallazgos resultantes de este diagnóstico, se ha optado por utilizarlo como fuente para esta sección, que tiene como propósito delinear el estado de la cuestión en la Región respecto a los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.²⁰

En el plano socioeconómico

- Por lo general, la característica de los años ochenta y noventa ha sido la implementación de políticas de corte neoliberal y las tendencias

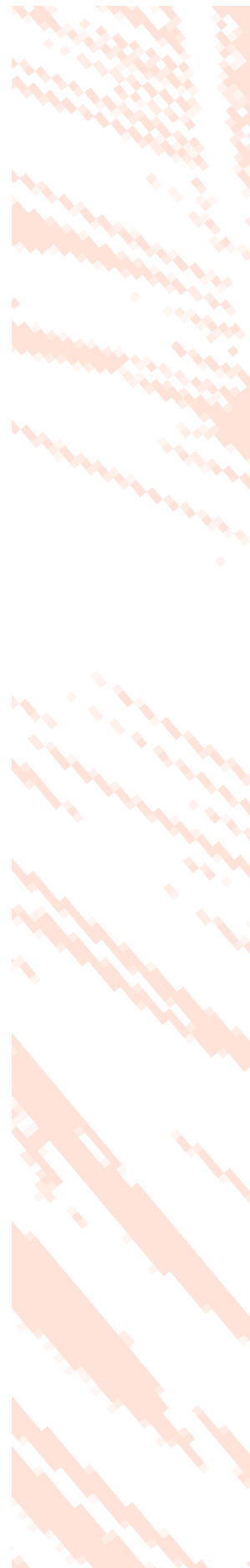
²⁰ Se respeta el uso de “planificación familiar” del informe usado como referencia principal, aunque las autoras del presente documento se inclinan por el uso del concepto de “anticoncepción”.

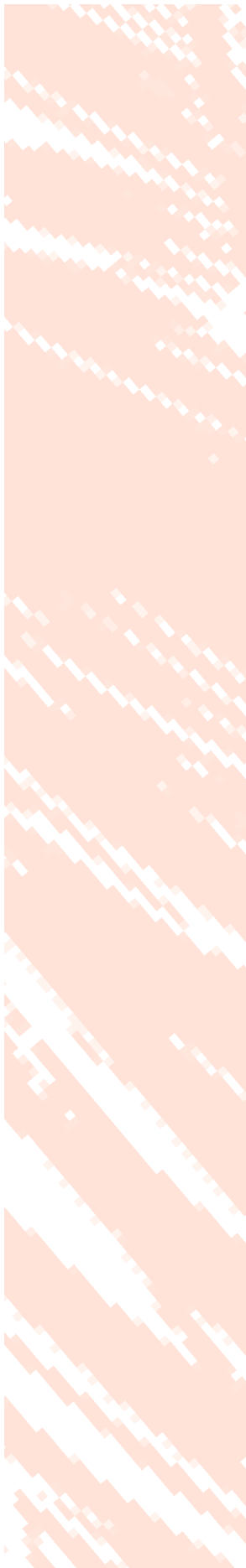
actuales indican que a pesar de la crisis que varios de nuestros países están enfrentando, el modelo se va a mantener en lo sustancial.

- Para paliar los efectos del ajuste, y mientras se producía el crecimiento esperado y la activación de los mercados internos, en la mayoría de nuestros países se ejecutaron programas de estabilización social, con un enfoque básicamente asistencial.
- Como resultado del ajuste, la brecha social se incrementa notablemente y se produce un aumento en los niveles de pobreza y de pobreza extrema -o indigencia- que no ha sido posible revertir.
- La segunda ola de reformas que todos los países de la región han emprendido como complemento a las reformas estructurales, se ha centrado en los sectores de la educación, la salud y la previsión social. En todos los documentos de reforma aparecen como objetivos declarados: incrementar la cobertura y mejorar los servicios, mientras que las estrategias adoptadas en los hechos han reposado hasta ahora en tres tipos de medidas: la participación de la comunidad en la gestión de los servicios, la eficiencia en el gasto público (en salud se buscó aplicar esquemas de financiamiento público orientados a financiar la demanda: seguros públicos en general y seguros orientados a poblaciones específicas) y la promoción del sector privado en la provisión de servicios.

En relación al contexto político y los actores:

- La redefinición del modelo de Estado como resultado de la reforma liberal de la economía y la reducción de sus responsabilidades y atribuciones en todos los países estudiados.
- Se observa una crisis de gobernabilidad, la pérdida de legitimidad del sistema político y su institucionalidad, así como la ausencia de proyectos nacionales con márgenes relativos de autonomía, marcados muy fuertemente por la agenda y los agentes de la comunidad internacional, en particular el sistema financiero internacional.
- La jerarquía de la Iglesia Católica es otro actor que en el actual contexto ha aumentado su influencia, jugando un papel importante en la mediación de ciertos conflictos y constituyéndose en uno de los referentes obligados en las definiciones de leyes y políticas relacionadas con la SSR y los derechos.
- La acentuación de un proceso de divorcio entre la sociedad civil y el sistema político, dados los altos niveles de exclusión política de la mayoría de la población, a la vez que a un proceso creciente de demandas de democratización. Esta tensión entre sociedad y sistema político ofrece sus expresiones más críticas en el último quinquenio en países como Ecuador, Perú, Bolivia, México y Argentina. También asistimos al surgimiento y/o fortalecimiento de nuevos actores desde la sociedad civil; es el caso de los movimientos indígenas que en países





como Ecuador, México y Bolivia han cobrado particular relevancia. De otro lado, el movimiento de mujeres adquiere importancia, particularmente en el nivel de los planteamientos, intentando proponer algunas veces con éxito nuevos puntos en la agenda pública.

- Las materias vinculadas a la ampliación de los derechos sexuales y reproductivos son muy volátiles en el plano de la negociación política interna. En tanto “asuntos de segundo orden”, las propuestas legislativas - por ejemplo- pueden ser objeto de intercambios permanentes, de tal manera que son reacomodadas o postergadas en función de las alianzas o campos de negociación que se estiman como “más importantes”.
- La ausencia de debates públicos democráticos y sostenidos sobre estos asuntos, así como la falta de nitidez al establecer las conexiones entre el modelo político y económico y los campos de la sexualidad y la reproducción.

Educación sexual:

- No se ha desarrollado legislación específica sobre el tema (Ecuador es la excepción) y, salvo Argentina y Bolivia, ningún país lo hace desde la normativa general sobre educación. En los demás casos, la educación sexual ha sido abordada - desde la normativa sobre VIH / SIDA - por los códigos, estatutos y leyes que tratan específicamente sobre niños /as y adolescentes
- La prevención de los embarazos, especialmente en adolescentes, así como el VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, aparece claramente en el centro de la normativa y de las políticas sobre educación sexual. Podría afirmarse, entonces, que sus objetivos se dirigen casi exclusivamente a promover la salud y al control de la reproducción.

Violencia sexual:

- La tipificación de la violencia sexual como delito es la norma en todos nuestros países, pero su tratamiento no es el mismo. Las modificaciones introducidas en las leyes penales indican claramente que la tipificación se orienta a contemplarla como un delito contra la libertad sexual, aunque en algunos países se mantiene todavía la relación entre libertad sexual y pudor (Panamá y Colombia), entre honestidad y libertad sexual (Honduras), o entre libertad sexual y costumbres (Brasil).
- La tendencia en las legislaciones nacionales es elevar las penas. Éstas están en un rango mínimo que fluctúa entre dos años (Uruguay, Paraguay) y 20 años (Puerto Rico), y la pena máxima es un rango que va de los 8 (Perú) a los 90 años (Puerto Rico). Salvo en Honduras, donde se excluye expresamente, se aprecia una tendencia favorable a incluir en el tipo penal el abuso sexual en la relación conyugal.
- La violencia sexual contra menores de edad es delito agravado en todos los países.

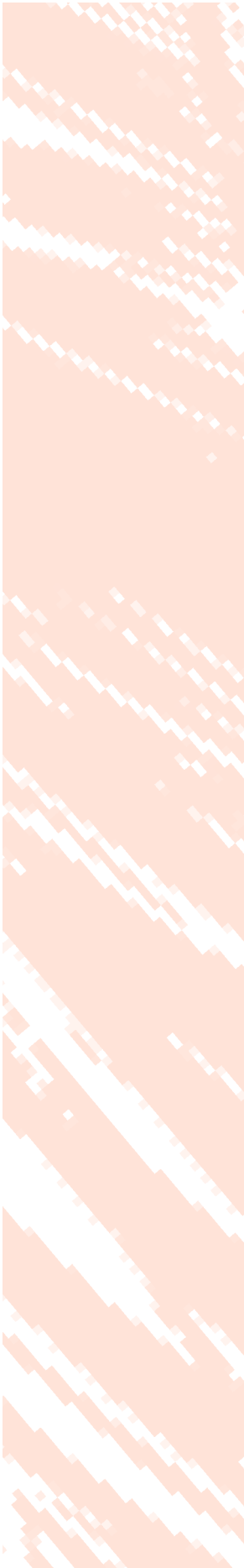
- La violencia sexual es expresamente abordada por la legislación especial de violencia familiar, violencia intrafamiliar, violencia doméstica o de violencia contra la mujer.
- La legislación tiene una vocación punitiva que no cuenta con su debido correlato en el plano jurisdiccional, pues la aplicación de sanciones a los agresores se ve en la mayoría de los casos mediatizada por la visión y la práctica conservadora de nuestros sistemas judiciales.

Planificación familiar²¹

- Constitucionalmente, el derecho a decidir sobre el número de hijos y su espaciamento está reconocido, al menos en Brasil, México, Colombia, Ecuador, Perú y Paraguay. La planificación familiar está en todos los casos contenida en planes y programas adscritos a los sectores u organismos encargados de la salud, más concretamente de la salud de la mujer, y aparece siempre asociado a la política de salud reproductiva.
- La planificación familiar incluye en todos los países servicios de información y consejería así como la entrega de métodos anticonceptivos, que en el Perú, por mandato legal, está totalmente subsidiada y en Chile o es gratuita o se ofrece al “más bajo costo”. En otros países aunque no se establezca una norma legal, también opera el subsidio total o parcial, pero como consecuencia de la política definida en materia de planificación familiar.
- Todos los países se proponen promover la anticoncepción como medio de planificación familiar y se plantean explícitamente metas de cobertura de la población, no sólo con información sino también con métodos anticonceptivos, para cuyo efecto recurren al empleo de estrategias orientadas a inducir la demanda.
- La anticoncepción quirúrgica está expresamente prohibida en Argentina (excepto en las provincias de Mendoza y de Río Negro), y en Chile no es aceptada como método de planificación familiar. En Bolivia, Brasil, Perú y Honduras está regulada y los demás países no informan al respecto.
- Sólo Brasil, Argentina y Honduras informan sobre la anticoncepción de emergencia para señalar, en el primer caso, que se incluye como contenido de la información que se brinda sobre los métodos disponibles y, en el caso de Argentina, que su venta está autorizada desde 1996. En el caso de Honduras, se señala que es suministrada gratuitamente por los servicios de salud, incluso a la población adolescente.
- La Planificación familiar aparece explícita o implícitamente asociada a metas relacionadas con cobertura de población que se ubica en zona rural o urbano marginal o en los segmentos de pobreza o extrema pobreza.



²¹ Ponencia presentada en el curso “Adaptándose al Cambio. Reforma del Sector Salud y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos”, realizado en Oaxaca, México, del 11 al 22 de agosto 2003.

**Embarazo adolescente:**

- La legislación aborda este asunto para dos efectos: garantizar a las adolescentes embarazadas su derecho a la educación y procurarles atención especial en materia de salud. Argentina, Honduras, Perú, Bolivia y Chile informan tener legislación sobre el primer punto; y Brasil, Honduras, Uruguay y Perú sobre el segundo.
- Casi todos los países cuentan con programas especiales de atención de salud para adolescentes, o tiene algún componente para adolescentes incorporado en sus planes y programas de salud sexual y reproductiva y / o de planificación familiar.
- Los Estados se plantean tres objetivos de política: el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la reducción de la tasa de embarazo y la disminución de la tasa de mortalidad debido al embarazo y parto. La estrategia de prevención del embarazo adolescente ha descansado en dos ejes: en la educación sexual y en la entrega de métodos de anticoncepción.

Prostitución:

- La prostitución está regulada en todos los países. Se proscribieron el proxenetismo y el tráfico sexual, y se sanciona drásticamente la explotación sexual de niños /as y adolescentes, así como la pornografía infantil.
- La regulación de la prostitución se ampara en razones de moral pública (Paraguay y Panamá), de seguridad y tranquilidad pública (Argentina, El Salvador y Perú) y de salud pública (Bolivia, Panamá y Honduras). En Uruguay se ha conferido a las prostitutas algunos derechos de orden laboral, derivados del reconocimiento que se ha hecho de su condición de trabajadoras sexuales.
- En Argentina y Colombia se dispone de atención integral de las víctimas de explotación sexual. En otros países, el tema de la prostitución ha sido incluido en los planes y programas sobre VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual.
- En materia legislativa, la tendencia es a la penalización del proxenetismo, del tráfico sexual y de la explotación sexual de menores (a la que se considera delito agravado).

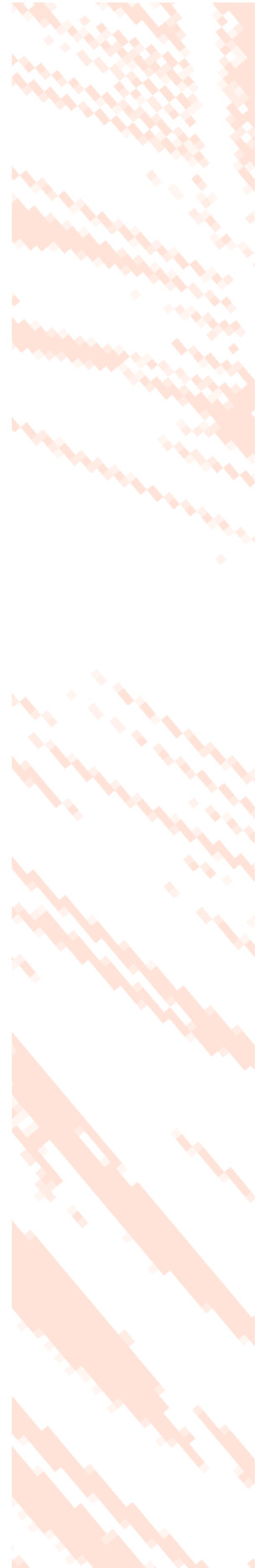
El Aborto

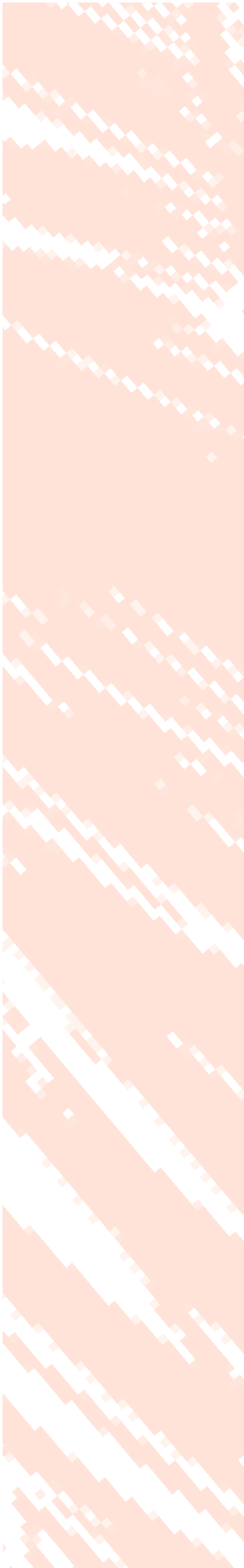
- El aborto, al igual que la violencia sexual, es un tema amplio y tradicionalmente abordado por la legislación penal. Su incorporación en las políticas públicas es sin embargo bastante más reciente.
- Aunque en algunos casos se han incorporado nuevos supuestos de excepción de punición -como el aborto por violación- y en otros se han disminuido las penas, no podemos afirmar que exista una tendencia flexibilizadora que nos esté brindando el camino hacia la despenalización del aborto.

- Existe más bien una corriente de signo contrario, bastante poderosa, que se expresa, por ejemplo, en una tendencia a incluir al concebido en el derecho a la protección a la vida. Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Perú, Ecuador, Honduras, Guatemala, Costa Rica y Nicaragua, lo hacen en su Constitución, en algunos casos y en otros lo han incluido en la legislación civil y/o códigos de menores o de la niñez o adolescencia. En el Perú se ha promulgado una ley que sanciona el delito de producir lesiones al concebido.
- Puerto Rico es el único país que no penaliza el aborto, mientras que el Salvador (desde 1997), Colombia, Chile y Honduras han optado por la penalización en cualquier supuesto.
- Algunos países como México, Perú y Bolivia consideran el aborto como un problema de salud pública, debido a la incidencia que tiene como causa de muerte entre las mujeres. En general, el tratamiento que recibe en la política pública tiene un doble sentido. Se lo asume como un evento que hay que evitar y como un problema de salud que hay que atender.
- Sólo México, Paraguay, Bolivia y Honduras indican que la atención del aborto – se entiende que cuando es espontáneo o legal- está parcialmente subsidiada.

Orientación Sexual

- Legislación sobre el tema existe en muy pocos países y es irrisorio lo que se ha avanzado en términos de su reconocimiento legal. En las políticas públicas su abordaje está prácticamente restringido al ámbito de la lucha contra el VIH/SIDA.
- La relación homosexual consentida entre adultos no está penalizada, salvo en Puerto Rico, que sanciona la sodomía. En general, no se permite el matrimonio entre parejas del mismo sexo ni se reconoce a sus uniones los efectos del matrimonio o de las uniones de hecho. Están además excluidas de los beneficios que en general se otorgan a los cónyuges en materia de salud y previsión social.
- La discriminación en razón de la orientación sexual está expresamente prohibida a nivel constitucional en el Ecuador, y en el Estatuto Constitucional de la provincia de Buenos Aires se incorpora el “derecho a ser diferente y a la libre orientación sexual”.
- En la mayoría de los países la homosexualidad determina una categoría de personas o población a la que se considera de alto riesgo para efectos del diseño y aplicación de políticas sobre el VIH/SIDA. La orientación sexual no es un tema que frecuentemente se aborde en los programas de educación sexual y, cuando se la incluye como en el Paraguay, se hace por lo general para plantearla como una desviación de conducta que “puede ser reencauzada y reorientada con terapia y apoyo familiar”.





VIH / SIDA

- El VIH / SIDA ha merecido legislación específica en la mayoría de los países; en otros se lo trata conjuntamente con las infecciones de transmisión sexual. También ha sido objetos de muchos programas diseñados y aplicados desde el sector de salud con el objeto de prevenir y atender a las personas infectadas por la enfermedad.
- A pesar de que las cifras indican que la principal categoría de transmisión es la relación heterosexual, en algunos países se continúa focalizando los programas en los que denominan poblaciones de alto riesgo (homosexuales, prostitutas/os, niños/as de la calle, población penal y drogadictos).
- La prevención del VIH / SIDA se orienta al objetivo explícito de generar cambios en los patrones de conducta sexual de la población y se sirve de los programas de educación sexual para transmitir mensajes básicamente dirigidos a promover el retraso en el inicio de las relaciones sexuales, la fidelidad y el sexo protegido.
- El acceso a la atención de la enfermedad se enfrenta, por su lado, a serias barreras de tipo económico debido a los altos costos en medicamentos que implica su tratamiento. Los seguros de salud privados tienden a excluir expresamente la atención de la enfermedad y sólo algunos sistemas públicos, como los de Argentina y Brasil, brindan - al menos formalmente- atención en condiciones de subsidio total.

Control del embarazo y atención del parto y puerperio

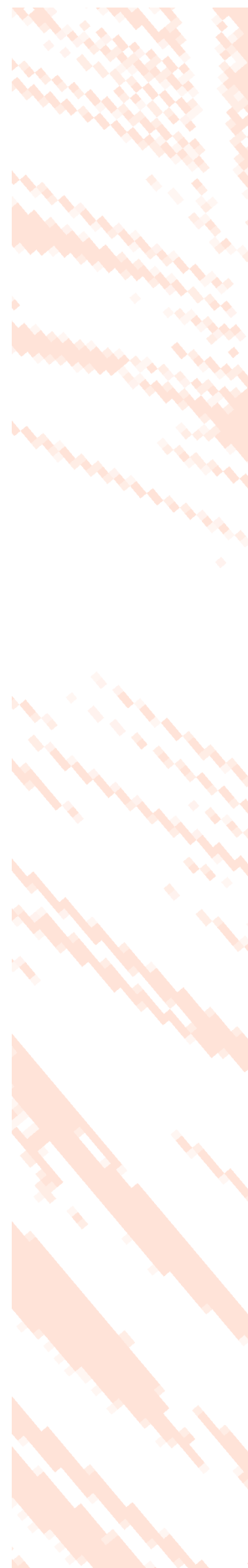
- La atención del embarazo, el parto y el puerperio ha sido a bordada por la legislación que trata sobre la maternidad o sobre la salud materna - infantil. Sin embargo, son pocos los países que han desarrollado el tema a nivel de leyes; la mayoría lo ha hecho a través de normas reglamentarias y disposiciones de carácter administrativo emanadas de los ministerios de salud, en cumplimiento de normas constitucionales. Son temas cuyo tratamiento corresponde básicamente a la política pública.
- Los altos indicadores de mortalidad materna y perinatal hacen que nuestros países asignen alta prioridad a los planes y programas de salud dirigidos a la atención del embarazo, parto y puerperio, pero ello no se refleja de manera tan clara en las condiciones de acceso a los servicios. En el ámbito normativo, algunos países plantean la gratuidad de la atención (Ecuador y Bolivia) o la tendencia a la gratuidad (Perú), aunque por lo general es un aspecto que queda librado a la definición de la política sectorial que corre a cargo del ente rector de la salud.
- En el campo del control del embarazo y la atención del parto existen brechas todavía importantes, pero son más significativas cuando se trata de la atención del puerperio, al que inclusive no se la hace el debido seguimiento.

Acoso sexual

- La figura del acoso sexual, también denominado hostigamiento sexual, es bastante nueva y ya son varios los países que la han incorporado en sus legislaciones. Es un tema cuyo tratamiento está por el momento prácticamente constreñido al ámbito normativo.
- Como tipo penal específico existe en El Salvador, Brasil y Paraguay, en Argentina bajo el acápite de violencia sexual y en el Ecuador como delito contra la libertad sexual. En Puerto Rico se lo sanciona bajo la denominación de acecho sexual y en Honduras se penaliza el hostigamiento sexual. En el Perú y Colombia existen proyectos de ley para incluir la figura de acoso en el Código Penal.
- En otros países existe legislación de carácter general que considera el acoso una forma de discriminación. Uruguay lo contempla como una forma de discriminación grave y en Puerto Rico y el Perú, discriminación en razón de sexo.
- Tema mayormente abordado en la legislación laboral y se produce entre quienes mantienen una relación de dependencia.
- En Perú, Puerto Rico, Ecuador y Honduras se regula expresamente el acoso en las escuelas, imponiendo sanciones para los docentes. En Honduras se contempla el acoso en lugares públicos, incluida la calle.

Conclusiones Generales

1. La implementación de políticas neoliberales ha supuesto la redefinición del modelo de Estado y la reducción de sus responsabilidades y atribuciones. La economía se traslada al terreno de la política y en ese escenario se juega la tensión entre la ampliación del reconocimiento de derechos y la reducción de los márgenes de ejercicio real o goce de los mismos.
2. Las brechas que existen entre lo que formalmente se estipula como obligaciones de los Estados en las legislaciones nacionales y lo que finalmente se traduce a nivel de las políticas públicas son importantes; también lo son las que existen entre lo que se plantea como política pública y lo que se concreta en la realidad.
3. La orientación de la legislación y las políticas que los Estados formulan y aplican son el resultado de las pugnas y las alianzas de tres actores principales: Los agentes de la comunidad internacional multilateral y bilateral, la Iglesia Católica con el apoyo de las élites de poder económico y de la sociedad civil, que tienen visiones conservadoras y, el movimiento feminista y el movimiento gay y lésbico.
4. El discurso de los derechos humanos resulta muy conveniente ligado a temas como la anticoncepción, la educación sexual, el VIH / SIDA o la maternidad, entre otros, pero en la práctica es usado para justificar políticas públicas que tienen también otros propósitos, como el control de la reproducción.



5. Prevalece en enfoque según el cual la sexualidad y la reproducción deben entenderse como aspectos concernidos por el derecho a la salud en un sentido restrictivo, porque en la práctica se asume desde una perspectiva médica y no en la dimensión del bienestar.

6. A la luz de las tensiones, dilemas y contradicciones, se advierte que se estaría produciendo un cambio - todavía inicial y muy acotado - en la visión que se tiene con respecto a los sujetos de derechos: de una en la que dicha condición está determinada por los roles sociales asignados, se estaría transitando hacia otra en la que se reconocen sujetos autónomos, titulares de derechos, independientemente del papel que cumplen.

Las Reformas del Sector Salud en la Región: Miradas desde el Género y los Derechos Sexuales y Reproductivos

El concepto de “reforma del sector salud” tiene significados muy distintos en los contextos regionales y nacionales. En general se asocia a actividades y objetivos que desde fines de los 80s se llevan a cabo en países tanto del norte como del sur, que tienen que ver especialmente con aspectos relacionados con la financiación, la asignación de recursos y la administración. Implica el desarrollo de nuevas opciones para financiar la salud y recuperar costos. De acuerdo a Nabarro y Cassels, se trata de una respuesta a los siguientes problemas estructurales (cita en Standing, 2000:9):

- La necesidad de poner límites al gasto a la par de lograr una administración más eficiente y efectiva.
- Fallas y obstáculos en relación a la prestación de servicios (barreras de acceso).
- La mala calidad de los servicios por la mala administración de los recursos humanos, la falta de iniciativas de mejoramiento de los servicios y el maltrato a los/as usuarios/as.

“Por tanto, la RSS puede contemplarse como una amalgama de las agendas internacionales de eficiencia económica y de buena gobernabilidad del sector público” (Standing, 2000:10), pero también cabe hacer referencia a dos períodos o “generaciones” de reforma, que se reflejarían tanto en el lenguaje como en los enfoques y prioridades. Así, mientras que la “primera generación de reformas” se caracteriza por un enfoque técnico-gerencial centrado en la problemática de la provisión de servicios y focalizado en el sector salud, en la “segunda generación” (a partir de los 90s), alguno de estos elementos siguen vigentes, pero el énfasis se ha dirigido más hacia el lado de la demanda y por ende, el lenguaje se ha expandido incorporando las políticas anti-pobreza y los acercamientos intersectoriales a la salud. Esta “segunda generación” enfatiza también la participación y coordinación entre distintos actores.

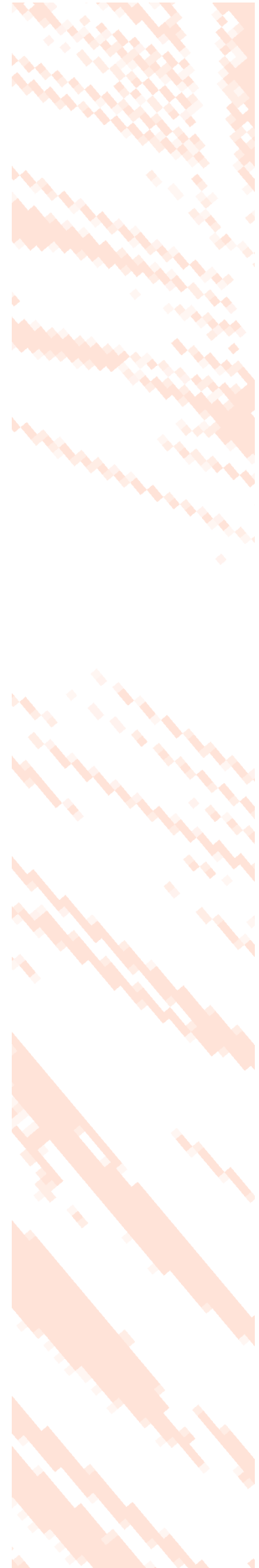
En América Latina, la RSS alude principalmente a los procesos de descentralización, en términos de la transferencia de las funciones de elaboración de presupuestos y administración de los fondos para la provisión de servicios, y a las reformas de los sistemas de seguridad social, que, comparativamente se desarrollan en contextos nacionales con Estados y sociedad civil relativamente fuertes.

En lo referido a la descentralización, una de las características frecuentes es que la transferencia de responsabilidades no ha sido acompañada por una transferencia de recursos financieros. En parte por ello, los resultados de este proceso también se muestran diversos. Por otra parte, “la descentralización impone retos especiales a los programas de salud reproductiva, tradicionalmente organizados en forma vertical” (Langer y Nigenda, 2000:29). Asimismo, impone desafíos en cuanto a la priorización de intervenciones, que, no debería definirse centralmente ni *a priori*, sino desde y en función a las especificidades locales.

En cuanto a la participación de distintos actores en los procesos de reforma, diversos/as autores/as sostienen que la diferenciación de roles entre los ministerios de salud (función básicamente estatutaria y reguladora), la seguridad social (papel de recolector y administrador de fondos) y el sector privado (que, en combinación con el sector público, se encargarían de la provisión de servicios). Frente a este panorama se reconoce que “el papel de las ONG es esencial, dada su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población y la calidad de sus servicios” (*Ibid.*:31).

Como puntualiza Standing, “la RSS está imbricada también en los cambios macroeconómicos y políticos más amplios ocurridos en los dos últimos decenios” (2000:1). Así, los Programas de Ajuste Estructural (PAE) que datan de inicios de los 80, hacen énfasis en la necesidad de reducir el gasto público, lo que se traduce en impactos negativos particularmente en el ámbito de lo social, que afectan de manera específica a las mujeres, su bienestar y calidad de vida. Como señala Standing, los motivos que sustentarían esta afectación especial a las mujeres, serían dos. Por una parte, las mujeres como reproductoras biológicas se tornan en las principales víctimas de cualquier deterioro en la provisión de servicios de salud reproductiva. Por la otra, como principales encargadas de la reproducción social, sufren los efectos devastadores de las reducciones de gastos “en la economía de asistencia informal administrada por las mujeres” (Standing, 2000:3).

Una de las críticas principales que hacen quienes se oponen a la reforma sostiene que “los programas de reforma representan la introducción de los principios de la economía de mercado a un sector social fundamental, el de la salud, lo que, en la práctica, es incompatible con la visión de justicia social y derechos humanos de El Cairo”. Desde esta posición, la reforma se concibe como un aspecto integral de los PAE y se afirma que ésta “ha restringido el acceso a amplios sectores de la población, especialmente a las mujeres, con graves consecuencias sobre su salud reproductiva (Langer y Nigenda,



22 *En una ponencia presentada por Mabel Bianco en el Taller “Reformas en Salud en la Región: Respuestas Urgentes para la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres”, ella señalaba que “la equidad objetivo prioritario de los modelos de reforma sectorial incorpora el concepto de los modelos más progresistas, pero en un marco de impresión como señala Celia Almeida tan grande que termina confundiendo su simple inclusión como principio con su automática vigencia”. También hace referencia al carácter asistencialista de los programas focalizados en los más pobres, y a la generación de servicios de menor calidad o “de segunda”, que lejos de superar agudizaron las desigualdades preexistentes. (RSMAC, Lima, 1 al 3 de octubre de 2003). –Por otra parte, el documento del Comité de Globalización, Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva impulsado por la Fundación Ford, también hace referencia a la incompatibilidad entre la cultura institucional del sector salud, consistente con los valores sociales de la discriminación de género, y los principios de equidad, empoderamiento igualdad y calidad de los servicios que enuncian las reformas (2002:40).*

23 *Hilary Standing también hace referencia al peligro implícito para la SSR en la reverticalización de iniciativas propuestas a escala internacional como el Fondo Global.*

2000:34). Los pagos o cuotas por servicios, además de restringir el acceso, se constituirían en un incentivo para intervenciones clínicas o quirúrgicas innecesarios e incluso éticamente cuestionables, como en el caso de las cesáreas que se han incrementado.

En general, la consideración de la perspectiva de género para abordar temas cruciales de las reformas, como el de los determinantes de salud, el acceso a servicios, el financiamiento, el trabajo y la participación social en salud, ha sido muy limitada, aunque con ciertas señales en la “segunda generación”. La información disponible para América Latina y el Caribe muestra, según Mirta Roses, cómo las diferencias y disparidades entre hombres y mujeres “establecen condiciones de vida, riesgos de salud y posibilidades de acceso a recursos y servicios diferenciados entre mujeres y hombres”. Consecuentemente, “aunque en la mayoría de las políticas de reforma se establece a la población pobre como grupo prioritario, la ausencia de un análisis desagregado por sexo limita el desarrollo de estrategias eficaces que atiendan a la población según sus necesidades” (Roses, 2003).

Por otra parte, medidas aparentemente neutras como “reducción de costos”, “eficiencia” y “descentralización” tienen, como señala Elsa Gómez de la OPS, “profundos sesos de género porque implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía basada en el trabajo no pago de las mujeres, que son las principales proveedoras y promotoras del cuidado de salud en el hogar” (cita en Roses, 2003). Esta transferencia de responsabilidades estaría, a su vez, incrementando la carga de trabajo y responsabilidades de las mujeres y, consecuentemente, empeorando su calidad de vida e incrementando el riesgo de enfermarse.

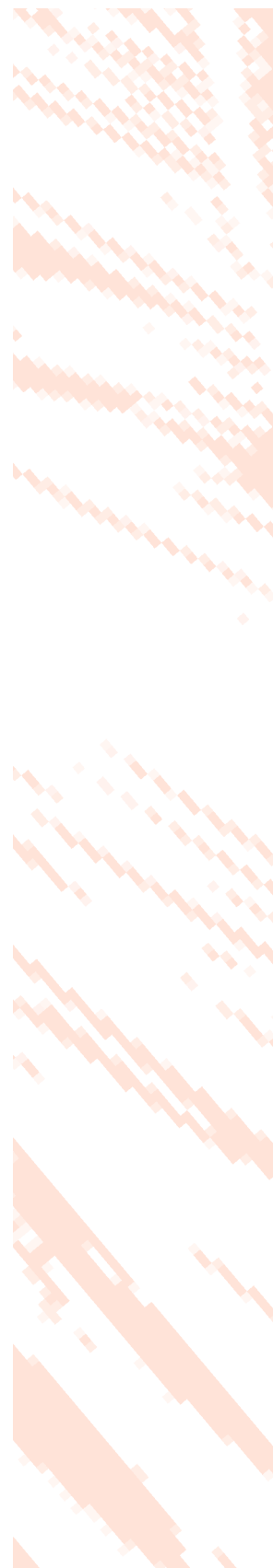
En cuanto a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en la forma de satisfacerlos, uno de los principios fundamentales de las reformas, la mayoría de los análisis coinciden en que del postulado no se logra transitar hacia medidas que, a partir de la superación de las distintas formas de exclusión, incorporen efectivamente a hombres y mujeres en calidad de ciudadanos/as en la gestión de la salud.

Con relación específica a la salud sexual y reproductiva, cabe precisar también que en la gran mayoría de los países las reformas del sector salud no le han dado alta prioridad. De acuerdo a Hilary Standing, existen al menos tres razones por las cuales la SSR no ha sido abordada como prioritaria por las RSS:²²

1. La existencia de una profunda brecha de lenguaje y discurso entre las dos. Mientras que la RSS utiliza un lenguaje gerencial-tecnocrático, la salud sexual y reproductiva “pertenece” principalmente a los movimientos locales, nacionales e internacionales de *advocacy* que se basan en un lenguaje y argumentación desde los derechos. Al analizar esta brecha hay que tomar en cuenta que existe, a pesar de que tanto la RSS como los movimientos por la SSR comparten, formalmente, muchos de los mismos principios, como es el caso de la “equidad”.²³
2. La RSS se ha centrado principalmente en intervenciones

relacionadas con el lado de la oferta (ej. mecanismos de financiamiento y administración de recursos humanos), mientras que la SSR a nivel sectorial se ha ocupado más de los servicios y su prestación. “A nivel más amplio, los esfuerzos de *advocacy* de la SSR han promovido y subrayado la necesidad de contar con enfoques para mejorar [disminuir] las desigualdades de género como prerequisite para mejorar la salud reproductivo, esfuerzos que rara vez han encontrado un espacio en la RSS”.

3. En el marco de la RSS, los servicios de SSR tienen a ser concebidos como programas verticales o “de interés especial”.²⁴ “Por lo tanto, los reformistas los han desatendido, excepto cuando se les considera un reto burocrático para mejorar la eficiencia del lado de la oferta. Por su parte, promotores y defensores de la SSR no siempre han captado la importancia de involucrarse en la RSS a nivel de sistemas”.



²⁴ Información sobre Bolivia, 2001: página electrónica: www.gov.bo



CONTEXTO NACIONAL

Contexto Geográfico-Cultural

Bolivia es un país que se caracteriza por su gran diversidad cultural y geográfica. Forma parte de los países que conforman el área andina junto a Perú, Ecuador, Venezuela y Colombia. Esta identidad no sólo se debe a la presencia de la Cordillera de los Andes, sino también por ser uno de los centros de la denominada cultura andina representada en su mayoría por los aymaras y quechuas.

Pero Bolivia no es solamente andina, la mayor parte de su territorio está ubicado en la región del Amazonas, el Chaco y los Llanos Orientales. Por esta ubicación, el país también tiene una identidad amazónica, haciendo parte del Tratado de Cooperación Amazónica; una identidad que trasciende al movimiento indígena amazónico boliviano, que forma parte de la COINCA (Central de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (Castro y Dalenz, 2001:15)

Sin duda, la diversidad de Bolivia representa un potencial de desarrollo económico, social y cultural. No obstante, esta diversidad también constituye una de las causas de conflictos sociales e inestabilidad política en el país. Históricamente, la identidad cultural de los grupos étnicos ha sido negada, y su desarrollo social y económico ha estado postergado manifestándose en situaciones de extrema pobreza y de exclusión social, étnica y política, particularmente de las mujeres. Desde el año 1991, con la marcha indígena por el territorio y la dignidad, se viene asistiendo al surgimiento de movimientos sociales que cuestionan el modelo socio económico actual y actúan en defensa de sus derechos culturales, políticos, económicos y sociales. Algunas de estas reivindicaciones han sido logradas principalmente por los grupos de las denominadas “Tierras Bajas” con el reconocimiento de sus territorios y de su cultura.

La división geográfica y ecológica del país coincide con divisiones culturales; sin embargo, fenómenos como las migraciones y el proceso de cambio cultural hacen que en los últimos años sea muy difícil establecer regiones claramente diferenciadas en el ámbito étnico cultural.

Actualmente se siguen reconociendo las tres grandes regiones en el país: Altiplano, Valle o Subandina y Llanos. Esta división es la que se utiliza para conocer las diferencias del país en dinámicas de población. De acuerdo con

datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), las tres regiones incluyen los nueve departamentos del país que a su vez están divididos en 112 provincias, y estos en 314 municipios urbanos y rurales.

REGIONES GEOGRÁFICAS Y CULTURALES DE BOLIVIA

Región	Dpto.	Extensión	Características
Altiplano	La Paz, Oruro y Potosí	28% del territorio ²⁵ Alturas de 3500 a 4000 mts.	Alberga el 43% de la población ²⁶ , que es una mayoría de origen cultural y habla aymara y otra parte significativa de cultura y habla quechua. Cada vez más el español y la cultura mestiza desplazan las identidades originarias, predominando el bilingüismo. Es la región más densamente poblada y un 40% de su población es urbana. La Paz es la ciudad sede gobierno y principal centro urbano. El Alto es la ciudad satélite de La Paz que es el centro de migración del área rural del altiplano ²⁷
Valle	Cochabamba, Chuquisaca y Tarija	13% del territorio ²⁸ Alturas de 1800 a 2700 mts.	Alberga al 30% de la población ²⁹ , que es una mayoría de origen cultural y habla quechua, con tendencia a incrementarse el español, el mestizaje y el bilingüismo. El 44% de su población es urbana. Cochabamba y Sucre son los centros urbanos más importantes, siendo Sucre la capital jurídica del país.
Llanos ³⁰	Santa Cruz, Beni y Pando	59% del territorio ³¹ , Alturas de 116 a 416 mts.	Alberga al 27% de la población ³² compuesta por una gran diversidad étnica de migrantes y más de 30 grupos étnicos amazónicos del lugar que hablan una diversidad de lenguas. El 85% de la población habla español. Santa Cruz es el centro urbano más importante de la región y de mayor actividad agroindustrial y empresarial del país. La región se caracteriza por una alta migración quechua y aymara y algunas colonias de extranjeros de menonitas y japoneses.

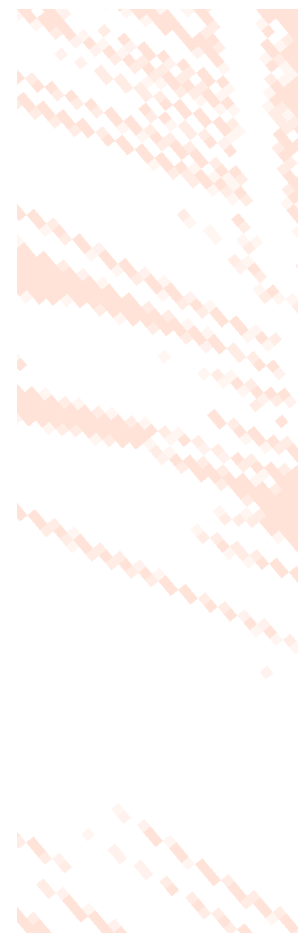
Fuente: Castro y Dalenz, 2001: 2

DEPARTAMENTOS Y CAPITALES DE BOLIVIA

Departamento	Superficie (km ²)	Capital	Altitud (m.s.n.m.)*
Chuquisaca	51.524	Sucre	2790
La Paz	133.985	La Paz	3640
Cochabamba	55.631	Cochabamba	2558
Oruro	53.588	Oruro	3709
Potosí	118.218	Potosí	4070
Tarija	37.623	Tarija	1866
Santa Cruz	370.621	Santa Cruz de la Sierra	416
Beni	213.564	Trinidad	236
Pando	63.827	Cobija	221

Fuente: INE, Proyecciones, 2000

*m.s.n.m.= Metros sobre el nivel del mar



²⁵ ENDSA-98; UPP, 1999

²⁶ La ciudad de El Alto está conformada por migrantes de varias generaciones, los más antiguos llamados "residentes" con más de 15 años de permanencia. Principalmente provienen de la región altiplánica de La Paz, por lo que la mayoría de sus habitantes son de habla aymara.

²⁷ Información sobre Bolivia, 2001: www.gov.bo

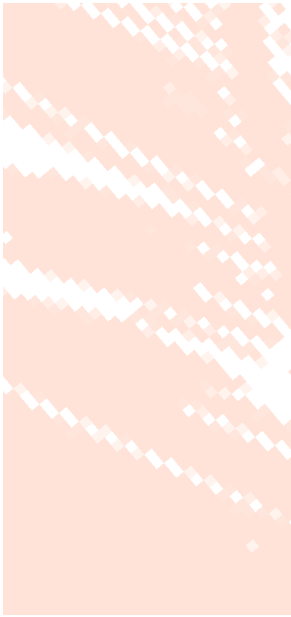
²⁸ ENDSA-98; UPP, 1999

²⁹ Conocida también como el "oriente boliviano"

³⁰ Información sobre Bolivia, 2001: www.gov.bo

³¹ ENDSA-98, UPP, 1999.

³² Colla es un término que hace referencia a oriundos del Altiplano y Valles del País. Es un término coloquial, reconocido socialmente para diferenciarse de los cambas.



33 Cuando se termina de escribir la segunda versión de este documento, noviembre del 2003, el escenario político del país cambió radicalmente. En Octubre se agudizó el conflicto social que inició meses antes con la demanda social de la no exportación del gas natural y otras demandas que se fueron sumando a medida que el conflicto se agudizaba y acrecentaba con la incorporación de otros actores sociales urbanos y rurales del país. La represión desatada por parte del gobierno y las fuerzas militares terminaron con más de 60 muertos, en respuesta se empezó a exigir la renuncia del presidente Gonzalo Sánchez de Lozada. Finalmente, con la dimisión de Sánchez de Lozada y tras un duro debate en el Parlamento, asume la presidencia el entonces vicepresidente de la República Carlos Mesa Gisbert. La incertidumbre ante la crisis, pero a la vez la confianza de muchos sectores del país en un cambio a través de la figura de Carlos Mesa es una de las situaciones actuales por las que atravesamos.

Aspectos Culturales

Los grupos étnicos principales del país son los Aymara y Quechua en la zona andina y los Guaraní en la zona de los llanos u oriental del país. A consecuencia de la colonización española, Bolivia también tiene un alto porcentaje de población mestiza (mezcla racial y cultural entre españoles e indígenas) acrecentada cada vez más en detrimento de los grupos étnicos originarios. En el censo de población y vivienda del INE del año 2001 muestra que a partir de su propia percepción de la identidad étnica, los indígenas llegarían a constituir el 62,1% de la población de Bolivia.

La cultura denominada andina ubicada en las regiones del altiplano y del valle es de habla aymara y quechua, pero con un origen cultural común. Las diferencias culturales de la población andina provienen de los diversos niveles de inserción y articulación de su economía en la sociedad dominante. Casi todos los grupos expresan su cultura andina dentro de variantes de pobreza y marginación (Albó X y otros, 1980.)

Por su parte la cultura amazónica está representada por los grupos étnicos orientales los que son dispersos y de gran diversidad étnica. No se sabe con exactitud cuantos grupos étnicos hay, al menos unos 30 grupos son reconocidos y nombrados. Sobresalen tres grupos: Chiriguano, Chiquitano y Moxo, que pasan de 10.000 personas cada uno. Otros 11 grupos pueden superar el millar y los demás no alcanzan a llegar a esa cifra.

Estos pueblos han pasado por distintos procesos históricos. Su contacto con la cultura dominante ha estado a manos de misioneros, principalmente jesuita, de ganaderos, gomeros, y bajo las influencias de la colonización Colla³³. Actualmente con los procesos acelerados de urbanización, los grupos étnicos son más vulnerables. No obstante, la identidad indígena tanto de las amazonas como el quechua y aymara permanece a través del tiempo y se expresa mediante la conformación de organizaciones indígenas y la reivindicación de sus derechos culturales, sociales y políticos.

La situación de la falta de registro fidedigno de los y las indígenas en el país hace que muchos datos no sean confiables, se calcula que un 56% de las personas de 18 años no cuentan con cédula de identidad y el 39% de la población indígena censada no cuenta con ningún tipo de identificación (Díez Astete A, 1998: 316)

Después del castellano, el quechua que es hablado por más de dos millones y medio de personas y el aymara que es hablado por aproximadamente dos millones de bolivianos/as. En la región de los llanos existen más de 30 lenguas que pertenecen a unas 10 familias lingüísticas. La diversidad lingüística ha sido reconocida en los últimos años por el Estado, considerándose la Reforma Educativa Intercultural y Bilingüe una de las principales Reformas del país de los últimos 10 años. Sin embargo, el proceso de Reforma Educativa enfrenta un sinnúmero de dificultades en su implementación. El castellano es asociado por algunos sectores de la población como el vehículo que permite salir del “atraso” y “marginación”, de esa manera, en algunos grupos étnicos de habla

aymara se piensa que educar a los hijos/as en su idioma nativo es continuar siendo pobre.

Es importante notar que hay personas que hablan cualquiera de las lenguas anteriores, pero no necesariamente lo saben escribir. Aparte de los datos numéricos sobre lenguaje oral y escrito, es importante tomar en cuenta la situación socio lingüística de los grupos étnicos, en el sentido, de que los valores y normas sociales y culturales de los grupos étnicos se transmiten mediante la lengua hablada. Así la oralidad, constituye es un recurso importante en procesos de educación en salud (Castro y Dalenz, 2001:12)

3.2. Contexto Político – Social

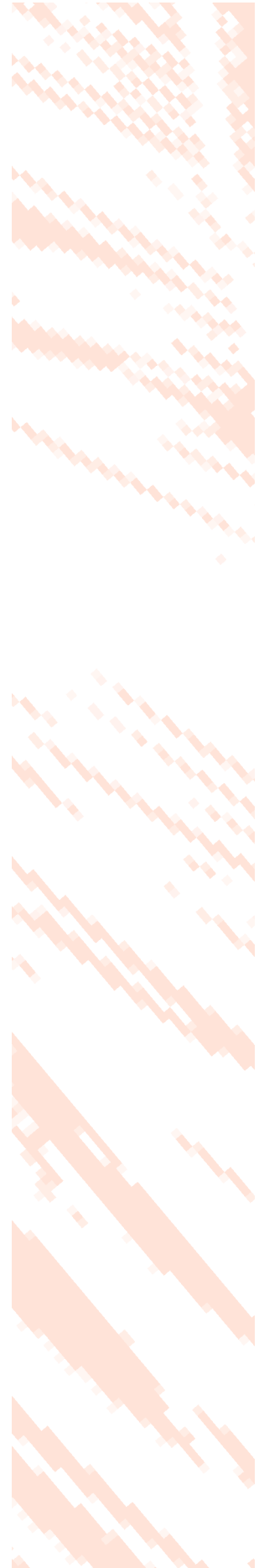
Desde 1982 Bolivia es un Estado democrático y la edad mínima con derecho a voto es de 18 años. La Constitución política vigente es la Ley de 2 de Febrero de 1967, reformada por la Ley 1585 de agosto de 1994, adecuada y concordada por la Ley 1615 de 6 de Febrero de 1995 (Gaceta Oficial, Gobierno de Bolivia, 2000.)

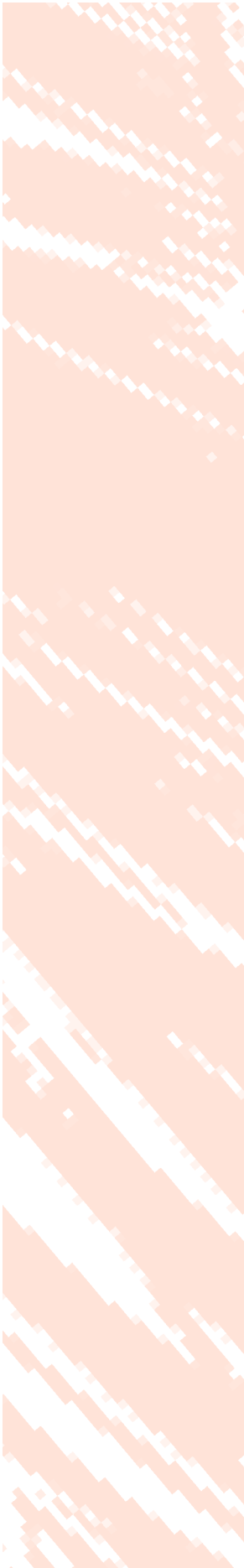
La Constitución Política del Estado establece la división del Gobierno Central en tres poderes, organizados de la siguiente manera:

- **Poder Ejecutivo:** Presidente y Vicepresidente elegidos por sufragio directo por un término de cinco años, no reelegible para el período inmediato; este poder está compuesto además por Ministerios y Viceministerios. En los años 2002 y principios del 2003 van dos reestructuraciones del ejecutivo. La primera fue una propuesta de gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada y la segunda a raíz de los conflictos sociales acaecidos en febrero 2003, momento que fue duramente cuestionado el poder ejecutivo.
- **Poder Judicial:** Conformado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Cortes Distritales y Tribunales Ordinarios de Justicia.
- **Poder Legislativo:** Reside en el Congreso Nacional compuesto por Cámara de Senadores y Cámara de Diputados (Parlamento). Como se mencionó anteriormente las cámaras están representadas por todos los partidos políticos oficialistas y de oposición. Actualmente, las dificultades de orden político ideológico en las cámaras no permiten el desenvolvimiento normal del poder legislativo.

En los últimos cinco años, Bolivia ha vivido cambios estructurales con nuevos escenarios políticos que han demandado la participación de casi todos los sectores sociales del país. Esta participación ha sido exigida en diálogos y movilizaciones sociales que han dejado al descubierto la debilidad del sistema democrático boliviano.

El año 2000, particularmente después de agosto, estuvo marcado por las campañas electorales para Presidente y Vicepresidente del país. Tanto el gobierno saliente como los partidos políticos en carrera por la presidencia, pusieron énfasis en las nuevas propuestas políticas, económicas y sociales para





ganar los votos de los/as ciudadanos/as.

Estos partidos fueron los llamados tradicionales: Movimiento Nacionalista Revolucionario – MNR; Alianza Democrática Nacionalista – ADN y Movimiento de Izquierda revolucionaria – MIR. Las nuevas fuerzas políticas que entraron en el escenario político fueron Nueva Fuerza Revolucionaria (NFR) de corte tradicional urbano, el Movimiento Indígena Pachacuti – MIP que representa a los indígenas aymaras del altiplano boliviano y el Movimiento al Socialismo – MAS que aglutina diversos partidos o grupos políticos de la izquierda boliviana de corte urbano y rural.

Ocupados en la planificación de sus líneas programáticas o en el diseño de las campañas electorales, el país vivió un estancamiento tanto en el sector público como en el privado. La crisis económica se fue tornando cada vez más aguda. Ante esta crisis y la falta de soluciones o respuestas a las demandas, el movimiento social popular fue creciendo y encontró en los partidos del MIP y del MAS una alternativa.

La primera mitad del año 2001 continuó en la misma lógica y los partidos políticos comenzaron a competir con sus programas para el nuevo gobierno. Estos programas giraron en torno a temas económicos y reformas, el MIP y el MAS con propuestas más radicales de cambio social. Muy pocos partidos plantearon líneas programáticas con relación a las mujeres y a los derechos sexuales y reproductivos. Nadie tomó en cuenta o incorporó en sus planes las conferencias internacionales del Cairo y Beijing.

A partir de agosto del 2001, y una vez terminadas las elecciones, el país entró en uno de los periodos más complejos de su vida democrática tanto a nivel político como social y económico. Ningún partido sacó la primera mayoría, lo que hizo que el partido ganador MNR se aliara con el MIR para hacer gobierno, el MAS quedó colocado como la segunda fuerza del país, de hecho fueron pocos votos los que definieron el primer y segundo lugar. Por su parte la tercera fuerza el FNR demandó las elecciones por fraude electoral, considerando que ellos habían ganado las elecciones. Este panorama se agudizó aún más con las declaraciones públicas de la embajada americana, haciendo un llamado a la ciudadanía para no votar por el MAS, es decir para no votar por los campesinos e indígenas del país. Estas declaraciones fueron cuestionadas por varios sectores de la sociedad e incluso muchos manifestaron su rechazo al embajador americano dando sus votos al MAS.

El ingreso de partidos políticos con base étnica y campesina (MIP y MAS) en el escenario político dominado hasta el 2001 por partidos elitistas tradicionales, ha cambiado radicalmente la situación de gobernabilidad política y del movimiento social. El apoteósico segundo lugar del MAS en las elecciones nacionales del 2002 para presidente convirtió a los campesinos e indígenas bolivianos/as en una fuerza política que resulta imposible desconocer. Aunado a ello la consolidación del liderazgo de Felipe Quispe del MIP y de Evo Morales - MAS ha trascendido el contexto nacional.

Con el debilitamiento de los partidos tradicionales –que fueron los grandes perdedores de las elecciones- se evidenció la necesidad de un cambio social, político y económico. Los partidos tradicionales no han visibilizado esta necesidad y más bien han continuado con la práctica del prebendalismo, tráfico de influencias, el cuoteo político y la corrupción. Pese a que actualmente está en el gobierno una coalición de estos partidos, no hay gobernabilidad. Esta falta de gobernabilidad no sólo se manifiesta en la incapacidad del gobierno para dar respuesta de mediano y largo plazo a las demandas sociales, si no, en la falta de consenso para planes y programas de desarrollo económico y social y en la aprobación de leyes. Son pocas las leyes que se han aprobado, entre ellas la Ley del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI.

Como nunca antes en la historia democrática del país, el Parlamento tiene una representación de todos los sectores de la sociedad nacional desde indígenas hasta empresarios, sin embargo, en el parlamento no es un escenario de diálogo ni de interculturalidad, más bien, los partidos se enfrasan en discusiones ideológicas partidarias con tonos de discriminación e intolerancia social y cultural.³⁴

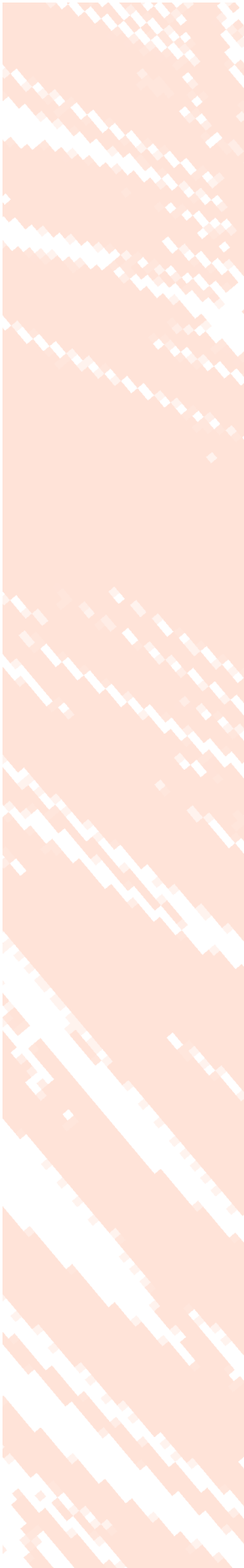
Particularmente los conflictos sociales del 2002 y 2003, casi con visos de “guerra civil”, muestran que el sistema democrático del país está en cuestión. Las movilizaciones de indígenas, campesinos/as, obreros/as, jubilados/as, desempleados/as, los bloqueos de carreteras de las principales ciudades, el amotinamiento de policías por mejores salarios, las protestas de los/as universitarios/as, entre otras, han sido reprimidas violentamente cobrando ya casi el centenar de muertos en este último año. En síntesis, se ha generado un clima de inestabilidad con alto grado de violencia social y política que no permite avanzar, el país está estancado económicamente, además, las cuantiosas pérdidas económicas por los bloqueos de caminos profundizan la crisis.

En este escenario las mujeres y particularmente las reivindicaciones de las mujeres han perdido espacio en la representación y participación política. El Viceministerio de la Mujer no tiene un rol de cambio y decisión política como lo tuvo en anteriores años para influenciar en cambios políticos más favorables a la salud, educación, trabajo, participación política y ejercicio de la ciudadanía de las mujeres. Es el movimiento de mujeres que deja escuchar algunas voces de cuestionamiento por la situación del país y de las mujeres en particular. No obstante, este movimiento se ha mostrado disperso y poco cuestionador en relación a la falta de representación política de las mujeres, sino también con el retroceso en relación con los derechos ciudadanos y el incumplimiento de los acuerdos en las Conferencias del Cairo y Beijing.

Los/as actores sociales que han cumplido un rol de importancia en este periodo de crisis conflictos sociales ha sido la Defensoría del Pueblo, la Iglesia y la Asamblea Permanente de los Derechos Humanos. Estos actores han cumplido un papel de mediadores en los conflictos y en la defensa de los derechos. El rol mediador de la iglesia ha sido cuestionado por algunos



34 Resumen de Presentaciones Coloquio: “Salud y la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza (EBRP)”, 2003: 2. Mecanismo Nacional de Control Social de Bolivia, Acción Internacional para la Salud, Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor en Bolivia, Fundación por la Naturaleza y la Vida.



sectores y partidos políticos, quienes creen que la iglesia no debería inmiscuirse en política, en tanto que otros opinan que la presencia de la iglesia en la búsqueda de solución de conflictos, muestra claramente la debilidad del Estado para resolverlos.

Un actor social que ha destacado en estos dos últimos años es la Confederación Unica de trabajadores Campesinos (CSUTCB) afiliada a la Central Obrera Boliviana – COB. La CSUTCB ha respondido al llamado de los líderes del MIP y del MAS, por lo que también ha sido cuestionada la infiltración de estos partidos políticos en las estructuras sindicales. Otras organizaciones sindicales que han sido protagonistas son los cocalleros del Chapare, liderizados por Evo Morales. Un movimiento social cuestionado por el gobierno por sus “supuestos” vínculos con el narcotráfico.

La COB, cuyo liderazgo político estuvo debilitado durante muchos años, emerge a partir de las crisis de septiembre 2001 y febrero 2003 como un actor fundamental en los cambios sociales. Los planteamientos radicales de la COB contra el modelo neoliberal, a favor de la asamblea constituyente, la no exportación del gas natural y contra el ALCA (Acuerdo de Libre Comercio de las Américas). La conducción del movimiento social en contra del gobierno de Sánchez de Lozada, quien terminó por renunciar, por parte de la COB y de sus regionales en diferentes ciudades, mostraron un repunte del movimiento obrero en el país.

Otros/as actores/as sociales que empiezan a vislumbrarse en el escenario político, demandando la democracia, equidad, respeto por la vida y los derechos humanos son los sectores de clase media urbana (vecinos de barrios residenciales, profesionales, empleados, artistas e intelectuales).

No puede dejar de mencionarse el surgimiento de regionalismos con tintes autonomistas que incluso llegan a plantear la división del país. Estos movimientos se ubican en la región del oriente boliviano, liderado por la “Nación Camba” y en el sur por el movimiento cívico de Tarija. Hasta la fecha estos movimientos no tienen la fuerza para que se conviertan en una preocupación del gobierno, pero, son problemas potenciales que se tendrán que atender.

En el periodo de análisis que nos compete en este informe 2000-2002, se puede afirmar que a nivel político el periodo estuvo marcado por hechos como:

- Crisis política generada por el ajuste estructural del modelo económico vigente que ha incrementado la pobreza, el desempleo y bajos ingresos para la mayoría de la población.
 - Consolidación e incremento de movimientos sociales con bases étnicas y campesinas
 - Surgimiento de partidos políticos de izquierda indianistas y socialistas
 - Debilitamiento de partidos y líderes políticos tradicionales
 - Representatividad político partidaria de los partidos tradicionales y emergentes en el Parlamento, marcando un nuevo escenario
- Incremento de movilizaciones sociales de diversos sectores rurales y

urbanos con diferentes demandas, canalizadas principalmente en la derogación de la capitalización y otras leyes, nacionalización de recursos naturales y la no exportación del gas natural, asamblea constituyente, oportunidad de empleo y mejoras en los salarios.

- Ausencia de propuestas claras de todos los partidos políticos para una salida a la crisis política y económica del país.
- Rol clave de algunos/as actores/as sociales en las negociaciones de los/as conflictos (Defensoría del Pueblo, Asamblea Permanente de los Derechos Humanos e Iglesia)
- Debilitamiento y ausencia de políticas de género, participación ciudadana y derechos sexuales y reproductivos.

Procesos de Reformas Estatales

En 18 años de democracia se pueden listar las siguientes reformas económicas y sociales llevadas a cabo en el país: Estabilización económica, Reforma Tributaria, Ley de Inversiones, Capitalización / Privatización, Aduanas, Participación Popular, Descentralización, Reforma Educativa, Reforma de Pensiones, Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, Seguro Básico de Salud y a partir de enero 2003 el Seguro Universal Materno Infantil.³⁵

Como consecuencia de las reformas estructurales han tenido efectos importantes en los niveles y calidad de empleo, el desempleo creciente y la precarización del mismo. La brecha entre ricos y pobres se ha acrecentado sin que halla esperanzas de revertirse.

Las reformas estructurales (económicas) y las llamadas de “segunda generación” (educación, salud, previsión social) se han visto como parte del a estrategia para la reducción de la pobreza. Sin embargo, La evaluación social y económica de los últimos años muestra que Bolivia no logro reducir la pobreza bajo el patrón vigente de desarrollo.³⁶

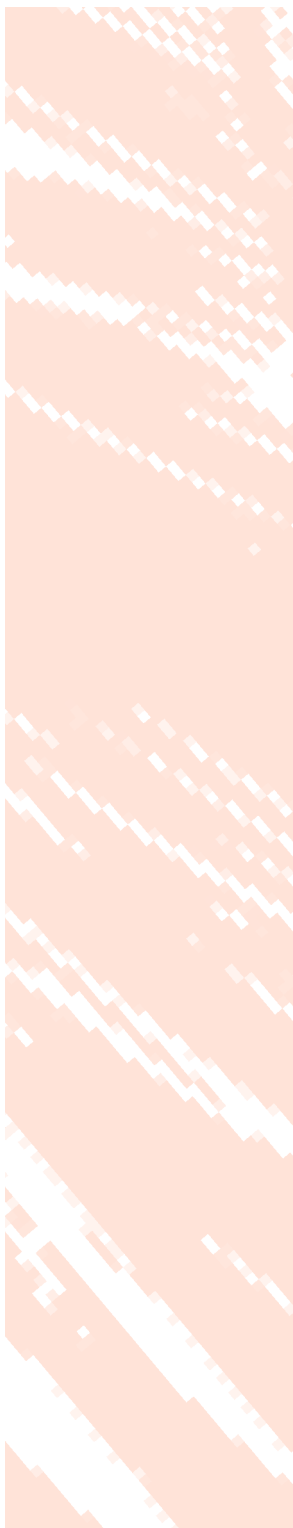
Del 2000 al 2002 no se han realizado importantes Reformas de Estado, más bien las dictadas entre 1994-97 continúan siendo el marco jurídico para las acciones hacia el desarrollo humano (Participación Popular, descentralización administrativa, Reforma Educativa) Otras leyes como las referidas a la inversión extranjera en el país, la Ley del Medio Ambiente son también marcos jurídicos importantes. En el marco para las políticas de población los compromisos internacionales asumidos en las Conferencias del Cairo y Beijing constituyen lineamientos para mejorar la salud de las mujeres y los hombres en el país, pero estos aparecen solo en la teoría.

En el ámbito de Salud, las nuevas leyes del SUMI y el desarrollo de la propuesta para la ley de la SSR han significado los más importantes cambios entre 2002 y 2003 con relación a las políticas sociales. Sobre el SUMI, se hará referencia en el capítulo 5. Los objetivos declarados en los documentos de reforma son los de incrementar la cobertura, mejorar el acceso a los servicios y garantizar la equidad. En el País, esta reforma beneficia solamente a un



³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas - UDAPE, 2002. Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza: Informe de Avance y Perspectivas: P. 35*



porcentaje de la población, que si bien es importante como son las madres y niños menores de 5 años, el resto de la población está desprotegida.

3.3. Contexto Económico

El crecimiento de la economía boliviana en los años 1990-2000 alcanzó un promedio anual de 3.8%. Este crecimiento estuvo sustentado en los sectores de la agricultura y la manufactura y en los últimos años se sumó el sector de hidrocarburos y las inversiones del sector privado para este crecimiento.

Entre 1992 y 1997, con las políticas de capitalización, Bolivia ha cumplido fielmente las condiciones y programas impuestos por el orden económico internacional cuyo propósito es favorecer el capital transnacional en detrimento de la economía nacional. Si bien hubo cambios en el mejoramiento de algunos indicadores a partir de 1999 los efectos de los ajustes estructurales de la economía de mercado del modelo neoliberal han afectado a todos los sectores sociales del país. Esto se refleja en la contracción del ritmo de crecimiento: 0.43 en 1999, 2.37 en 2000 y 1.23% en 2001.³⁷

En el 2000, a partir del Diálogo Nacional, se plantearon algunos marcos de políticas como la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza (EBRP-2001-2003), en búsqueda de soluciones a la Crisis. Dicha estrategia plantea un enfoque integral y multidimensional para superar la pobreza, considerando componentes asociados a Oportunidades de empleos e ingresos, Capacidades de la población pobre, protección y seguridad de grupos vulnerables, Participación social, Temas transversales (género, etnias y medio ambiente) e Institucionalidad.³⁸

El fracaso del modelo se revela en dos niveles. Por un lado, a pesar de las “reformas” e inyecciones de más de \$5 mil millones en inversión extranjera, en los últimos años la población crece más rápido que la economía: desde 1999 el PIB per capita cae en más de 4% por año. Al mismo tiempo, el carácter polarizador de la economía empeora: en los últimos 3 años, el 10% más pobre ha perdido 15% de sus ingresos, mientras el 10% más rico ha aumentado sus ingresos en 16%. Por otro lado, la crisis fiscal del Estado - el déficit el 2002 supero el 8% - hace que el “rebalse” para las políticas sociales sea más volátil, y acompañando de una mayor presión tributaria sobre el consumo y los ingresos de la población para reducir su déficit. Es decir, con una mano el Estado da muy poco, con la otra saca mucho más. (CEDLA: 8 octubre, 2003)

La ERPB tiene sus antecedentes en la condonación de la deuda en el marco del Heavely Indebt Poor Countries - HIPC II: 1,560 millones de dólares, recursos que se deben financiar con la EBRP. Se plantea una serie de indicadores a cumplirse en largo, mediano y corto plazo. Hay 5 indicadores de impacto a largo plazo, entre ellos:

- Reducir la incidencia de la pobreza de 70% a 41%
- Incrementar la esperanza de vida de 62 a 69 años
- Incrementar la escolaridad

³⁷ INE, Naciones Unidas, UDAPE, 2003. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Bolivia 2002. P. 8

³⁸ INE, Naciones Unidas, UDAPE, 2003. Op.Cit:9

Hay 7 indicadores de resultado que permiten ver efectos en un mediano plazo. Entre ellos:

- Ingresos laborales
- Reducción de la mortalidad infantil
- Tasa de permanencia escolar

Se plantean 40 indicadores intermedios asociados a programas y proyectos con resultados a corto plazo, como por ejemplo:

- Acceso a microcredito
- Acceso a servicios básicos
- Núcleos con primaria completa

El costo de la EBRP es de 7 mil millones de dólares americanos que provendrán de los recursos HIPC I y II y saldos por desembolsar de los nuevos créditos y de ingresos generados internamente. La estrategia se pone en práctica a través de dos vías: el componente municipal que debe ejecutar el 85% de la inversión y el Fondo Solidario Municipal que ejecuta el 15%. La EBRP definió la distribución de 33 millones de dólares para los 314 municipios que deben ser invertidos de acuerdo a los índices de pobreza que estos presenten y deben ser distribuidos: 10% en salud, 20% en educación y 70% en infraestructura productiva y social.

A finales del año 2001 se creó CISE – Consejo Interinstitucional de Seguimiento y Evaluación de la EBRP, conformado por UDAPE, INE, Viceministerio de Participación Popular para dar seguimiento a la implementación de la EBRP. Durante el 2002 CISE presentó reportes de seguimiento mostrando avances. A octubre del 2002, un 67% de las acciones estructurales y sectoriales presentaron cumplimiento pleno, quedando en proceso de ejecución 39%.³⁹

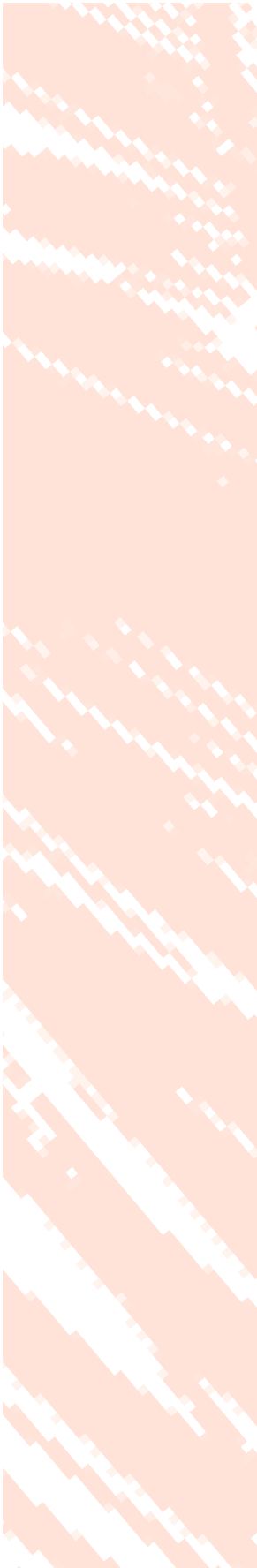
En el documento de la EBRP⁴⁰, se señala que la evolución de los indicadores sociales y económicos de los últimos 20 años hubo tres cambios estructurales de importancia:

- Cambio demográfico que muestra un proceso acelerado de urbanización (62% de la población vive en áreas urbanas). La población es significativamente mas joven, el 47% tiene menos de 19 años y la esperanza de vida aumento a 62 años.
- Mejoría Social: algunos indicadores de educación, salud y saneamiento básico muestran una mejoría significativa: el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas en el 2001 se redujo a un 58.6%.
- Estancamiento en los indicadores de empleo, ingresos y productividad. Entre 1986 y 2001 Bolivia creció a una tasa promedio de 3.1%, equivalente a un crecimiento per capita anual de 0.78%. Esta tasa de crecimiento fue insuficiente para reducir la pobreza en términos relativos y absolutos.



³⁹ *Íbid.*

⁴⁰ República de Bolivia, 2003. *Revisión de la Estrategia de la Reducción de la Pobreza en Bolivia 2004-2007*



A 18 meses de su aplicación la estrategia no ha tenido el impacto esperado y por el contrario la pobreza se ha agudizado. La crisis no solo afecta a las clases pobres (indígenas, campesinos, obreros) sino también a la clase media urbana. En la evaluación de EBRP se indica que no hubo una priorización de las necesidades económicas. En la evaluación realizada de dicha estrategia se resalta la falta de priorización de las necesidades sociales y económicas. La asignación de responsabilidades de la lucha contra la pobreza a los municipios y la liberación de las mismas al gobierno central. Además descuidó el fomento a la micro, pequeña y mediana industria en favor de uso de recursos de inversión pública.⁴¹

Así mismo en su implementación se observa que hubo una baja ejecución de recursos HIPIC II, entre 2001 y 2003. Gran parte de esta baja se atribuye a la ausencia de contrapartes financieras, para el uso de recursos del Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS) y a la heterogeneidad en la capacidad de ejecución de los municipios grandes, medianos y pequeños. Y segundo se observan problemas en la capacidad de ejecución de entidades ejecutoras nacionales por la iliquidez del Tesoro General de la Nación (TGN) y las demoras financieras y administrativas internas al sistema de transferencia intergubernamentales

En resumen la evaluación muestra que:

- La lucha contra la pobreza continua siendo asistencialista y el pobre es un objeto
- No se vislumbra voluntad política para promover cambios que apunten a una mayor justicia social.
- No existen programas para la búsqueda de mercados de exportación
- Tasas de interés elevadas en los microcreditos
- No existen programas de asistencia técnica
- La tasa de desempleo abierto sobrepasa el 10%
- La educación técnica y alternativa no han sido atendidas y no hay avances en términos de calidad en la educación
- En salud la medicina preventiva no es una prioridad y la calidad no ha tenido avances
- No se ha avanzado en el saneamiento de tierras
- El Plan Nacional de Empleos – PLANE ha generado empleos temporales con bajos salarios
- El diálogo con la sociedad civil se encuentra en riesgo
- No se ha profundizado la participación popular y la descentralización

La profunda crisis que atraviesa el país tiene su origen en la recesión internacional que se manifestó en la contracción comercial, como en factores de carácter interno que ha elevado el costo fiscal de las reformas de las reformas estructurales y las limitaciones financieras y restricciones del aparato productivo. En este contexto, el malestar social manifestado en situaciones de violencia (febrero y septiembre 2000 y febrero 2003) sugiere la fragilidad del escenario político, económico y social que enmarca el accionar del gobierno.

⁴¹ *Íbid.*

El hecho de que la política social halla estado limitada a la provisión de servicios sociales, ha incidido en el incremento de la pobreza absoluta y en el estancamiento de la incidencia de la pobreza durante los últimos 4 años. La pobreza moderada se ha mantenido entre 62 y 64% entre 1999 y 2002, y la pobreza extrema entre 36% y 37%. Sin embargo cada año nacen bajo la línea de pobreza de ingresos, cerca de 167,000 niños.⁴²

3.4. Población y Distribución

Bolivia es uno de los países menos densamente poblados de América Latina, concentrándose la mayoría en áreas urbanas, contrastando con una gran dispersión de la población en el área rural.

El CNPV 2001 dio como resultado una población total de 8.274.325, 4.123.850 hombres (49.8%) y 4.150.475 mujeres (50.2%).

Desde 1950 la distribución de la población urbana y rural hasta la actualidad se ha invertido. El CNPV 2001 muestra un 62.4% de población que habita en el área urbana frente a un 37.6% para el área rural. Se observa un proceso de migración rural-urbano, que se acentúa con los años por razones económicas, seguidas de causas por desastres naturales (sequías e inundaciones) son los factores, entre otros, que pueden explicar el cambio en la distribución de la población.

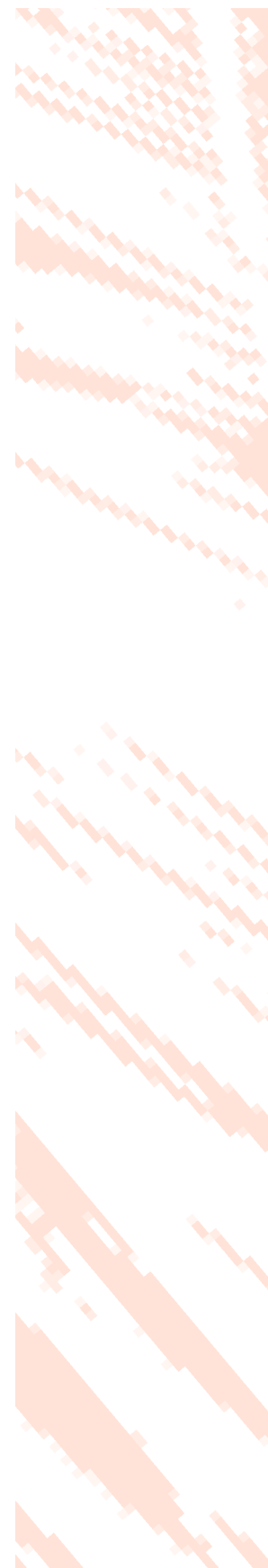
POBLACIÓN TOTAL, SEGÚN SEXO Y DISTRIBUCIÓN URBANO/RURAL

Indicador	CNPV 2001
Población total (millones)	8.274.325
Población total hombres (%)	4.123.850
Población total mujeres (%)	4.150.475
Población urbana (%)	62.4
Población rural (%)	37.6
Densidad de población (hab./Km ²)	7.53
Tasa de crecimiento de la población (%)	2.74

La edad es otra característica importante para el análisis social y económico. En Bolivia los componentes etáreos han mostrado cambios de interés. El INE reconoce seis grupos funcionales de edad para establecer los cambios: población infantil (0-4 años), en edad escolar (5-14 años), población en edad de trabajar (10 a 64 años), población correspondiente a la tercera edad (65 y + años) y mujeres en edad fértil –MEF (15-49 años).

La población infantil, se ha reducido del 14.7% a 13.1% entre los años 1992 a 2002. El grupo de adolescente y joven de 10 a 24 años se ha incrementado de 31.6% a 32.4 respectivamente.

Las mujeres en edad fértil de 15-49 años constituyen casi el 24% de la población total y el 46% de la población femenina. En el caso del área rural estos porcentajes son del 19 y 37% respectivamente. Con estos datos también se puede apreciar que casi el 22% de las mujeres en edad fértil son adolescentes entre 15 a 19 años de edad, constituyendo el grupo de las



⁴² La Prensa, Suplemento Especial, La Paz, domingo 4 mayo de 2003

mujeres adolescentes una población importante en políticas de salud. Varios estudios han mostrado la problemática importante en Bolivia con las adolescentes en cuestiones de embarazos, abortos, inicio de relaciones sexuales tempranas y limitado acceso a los servicios de salud (Castro y Dalenz, 2001: 11).

BOLIVIA: POBLACIÓN TOTAL POR GRUPOS FUNCIONALES DE EDAD, MUJERES EN EDAD FÉRTIL: (MEF), SEGÚN CENSO 2001

Grupos Funcionales de Edad	2001	
	N°	%
Infantil (0 a 4 años)	1087.557	13.14
En edad escolar (5 a 14 años)	2110.517	25,51
En edad de trabajar (10 a 64 años)	5690.378	69
En tercera edad (65 años o más)	412,643	5
Adolescentes o jóvenes (10 a 24 años)	2680,492	32,39
MEF (15-49 años)	4007,634	48,44

3.5. Algunos Indicadores Socio - Económicos

Empleo

La economía de Bolivia se ubica en el llamado eje troncal que coincide con las tres regiones agro ecológicas del país: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. El producto interno bruto per cápita para el año 2000 fue de Bs. 882.9, aunque el 70% de la población aun no puede satisfacer sus necesidades básicas (Cárdenas M, 2000: 8)

De acuerdo a los datos del INE, en el 2002 la población con ocupación alcanzó los 2.111.206 de personas en el país. Para el año 2000 – 20001 y 2002 el sector informal de la economía predominó en comparación con el formal para hombres y mujeres.

Hasta hora, las tasas de pobreza siguen aumentando en las áreas urbanas. El desarrollo de infraestructura es incipiente no hay luz en varias regiones y la mayoría de los caminos son de tierra, intransitables en época de lluvias, dificultando a un más el acceso a las regiones importantes.

Género y Empleo

Desde la perspectiva de género todavía hay grandes diferencia entre hombres y mujeres con relación al acceso al trabajo, cargos de jerarquía, e ingresos entre otros. Esto se observa en algunos indicadores que muestran que pese a que el porcentaje de mujeres en la fuerza laboral representa el 43%, el acceso a la vida laboral y pública está por debajo que de los hombres. En el área urbana los trabajos informales o por cuenta propia son más representativos de las mujeres, aunque tanto para hombres y mujeres el desempleo aumenta.

CUADRO DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN PRINCIPAL POR SEXO SEGÚN CATEGORÍA DE EMPLEO 2000 – 2002: ÁREA URBANA

Categoría de empleo	2000		2001		2002	
	H	M	H	M	H	M
Obrero/a	17.30	3.00	19.90	3.26	16.17	3.74
Empleado/a	36.90	28.30	36.77	26.95	39.48	27.93
Trabajador/a cuenta propia	35.70	44.60	28.58	40.05	31.25	45.62
Patrón/a socio/a o empleador que sí recibe remuneración	1.50	0.40	1.25	0.36	1.57	0.31
Patrón/a socio/a o empleador que no recibe remuneración	2.50	1.20	2.71	1.71	4.62	2.00
Cooperativista de producción	0.70	0.10	0.33	0.01	0.53	0.02
Trabajador/a familiar o aprendiz sin remuneración	5.10	11.10	10.09	17.09	6.17	11.91
Empleado/a del hogar	0.20	9.40	0.38	10.57	0.21	8.47

Fuente: *Elaboración propia con base a estadísticas del INE: Publicado en La Razón – Mayo- 2002*

Educación

Los indicadores sociodemográficos indican que pese al avance de las Reformas en el País, factores como la crisis social, la desigualdad social, económica, la discriminación basada en el género y la cultura siguen afectando la calidad de vida de las poblaciones más vulnerables del país: niños/as, indígenas y mujeres.

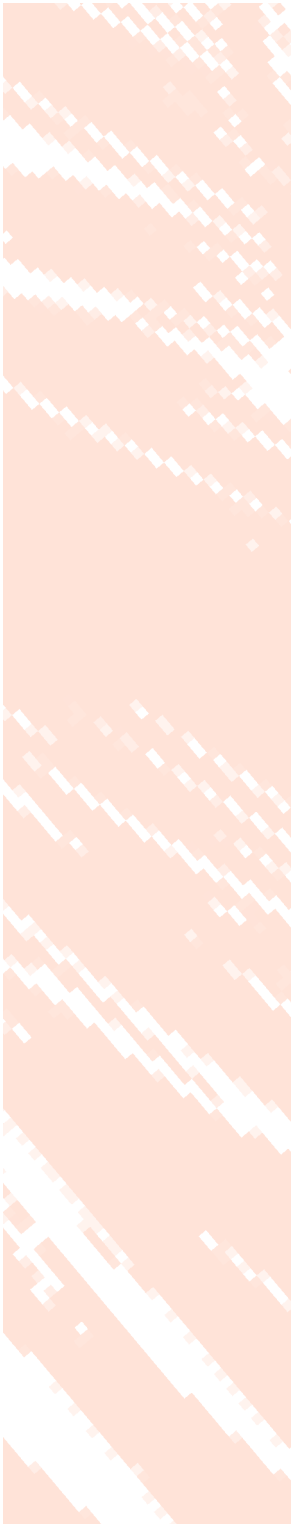
Para el 2001 la población (15 años y mas) de alfabetos, hombres y mujeres fue de 4.387.957 (50%) y de analfabetos hombres y mujeres fue de 670.288 (7,58%). La tasa de analfabetismo de Bolivia fue de 13.25%, es decir por cada cien personas de 15 años y más, 13.25 no sabían leer ni escribir. La tasa de asistencia escolar fue de 86.4%, es decir de cada cien niños/as entre 6 a 17 años, 86.4% asistían a la escuela en el país.

3.6. Información General de Salud

El INE calcula que entre 1976 y 2001 la tasa global de fecundidad en Bolivia disminuyó de 6,5 a 4,4 hijos por mujer, correspondiendo a 6,2 en el área rural y a 3,6 en el área urbana

Estos datos siguen reflejando las grandes disparidades existentes entre el área urbana y el área rural. El departamento del Beni registra la tasa de fecundidad rural más alta con 7.3 y Tarija la más baja con 5.2. En el área urbana la tasa más alta se presenta también el Beni con 4.7 y la más baja en Chuquisaca con 3.3.

Es importante mencionar que en la década de los 90s el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) tuvo un liderazgo fundamental en la mejoría de la salud de las mujeres y desarrolló una campaña amplia de información, educación y mejoría de los servicios en SSR, incluyendo métodos



anticonceptivos. La ENDSA 98 muestra un incremento de uso de métodos anticonceptivos, lo que pudo haber incidido en la reducción de la tasa de fertilidad.

La mortalidad materna e infantil constituye la principal preocupación en distintos ámbitos de la sociedad y del Estado, respecto a la salud de la población boliviana. La mortalidad infantil es la más alta en toda América Latina, está estimada a 66 por cada 1000 nacidos vivos (Censo 2001). Las principales causas de muerte infantil en Bolivia son diarreas y enfermedades respiratorias agudas. Llama la atención que UPPIA, había proyectado una tasa de mortalidad infantil de 60. Los resultados del censo 2001 muestran que aun esta tasa aun permanece alta.

Los datos que más se conocen sobre mortalidad de la mujer son los de la mortalidad materna. Bolivia tiene la tasa de mortalidad materna más alta de América del Sur y es la segunda en toda América después de Haití (OPS, 1993). Se discutirá este tema en el capítulo 5.

En cuanto a la mortalidad de la mujer en general, se calcula que del total de mujeres que mueren en Bolivia, el 25% corresponde a defunciones por cáncer. La mayor parte de estas muertes serían evitables con una cobertura adecuada que incluya la detección temprana de cánceres femeninos en la rutina de la prestación de servicios (Norma Nacional de la Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino, Noviembre 2001)

Si bien hasta hoy no existe un adecuado registro de indicadores de mortalidad general en el país, se calcula que cada año mueren en el país un poco más de 70 mil personas, sin embargo menos de la mitad de estos decesos no se notifican⁴³. Según la OPS, la mayoría de las muertes son debidas a afecciones del aparato circulatorio⁴⁴ (infartos, arteriosclerosis y enfermedades cerebrovasculares), pero el Ministerio de Salud plantea que la tuberculosis, la malaria y el chagas matan más que los infartos u otras. La información en relación a los indicadores de mortalidad general no es fiable ya que hay un subregistro de los casos que no se notifican. Por otro lado, la calidad de los registros de defunción es un problema, ya que allí se registra casi siempre la causa de muerte “para cardorespiratorio” que significa que la persona ha muerto. Además a esto se le agrega que no todos los nacimientos son registrados.

MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS

Causas	Hombres	Mujeres
Transmisibles	13,4	13,2
Tumores	5,8	10,4
Circulatorias	36,4	44,5
Perinatales	5,9	4,8
Externas	16,25	6,7
Demás Causas	22,0	20,4

Fuente: Análisis Coyuntural de Mortalidad en Bolivia, OPS, 2002

⁴³ ÍBID..

⁴⁴ A no ser que se indique expresamente lo contrario, este capítulo está basado en el libro Análisis de equidad de género en Bolivia, 1992-2002, publicado por el Viceministerio de la Mujer. La Paz, 2003.

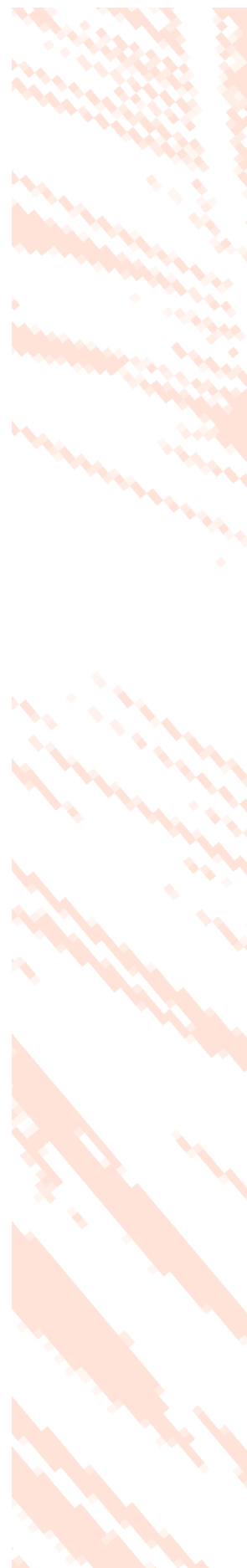
Las llamadas causas externas de mortalidad general están en aumento. Entre estas están los accidentes de tránsito, suicidio, ahogamiento, envenenamiento, exposición y demás lesiones y agresiones. La violencia es un tema importante por su impacto en la mortalidad sobre todo en las mujeres.

La muerte de niños y mujeres en Bolivia, considerándose como las tasas más altas de América Latina, solo después de Haití, muestra que la pobreza es una de las causas generales. La desnutrición en el caso de los niños, el bajo ingreso familiar, la baja calidad de vida, entre otros, afectan los indicadores de salud en el país.

RESUMEN DE INDICADORES DE SALUD

Indicador	Proyecciones	Censo 2001
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	31.8a 30.5b	
Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes)	8.6a 8.2b	8.6
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	3.9a	4.4
Urbana	Nd	3.6
Rural	Nd	6.2
Edad Media de la Fecundidad (años)	28.9a	
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	60.6a 55.6b	67
Urbana	Nd	
Rural	Nd	
Mortalidad materna (Por 100.000 nacidas vivas)	390d	
Urbana	274	
Rural	524	
Expectativa de Vida (años)	63.2a	
Hombres	60.8a	63
Mujeres	64.3a	57

Fuente: a: UPPIA Proyecciones 2000; b: UPPIA, Indicadores Demográficos 2000-2005; c: Sistema Nacional de Información – SNIS- 2000, d: ENDSA 94; Nd: Información no disponible. *Última tasa de mortalidad válida en el País.





4.1. El Contexto de las Reformas del Estado

Las políticas de género en Bolivia, sus características, alcances y limitaciones, no pueden ser analizadas al margen de las reformas del Estado, que se inician en 1985 con la aplicación del Programa de Ajuste Estructural: “De concepción y contenido neoliberal, el PAE impulsó reformas estructurales que modificaron la organización de la sociedad, de la economía y del Estado”, buscando evitar la intervención de este último, entendida por el Banco Mundial como causa de la crisis (136).⁴⁶ En ese marco, la aplicación del PAE marca en general una transición de un Estado benefactor, interventor, regulador y protector social, hacia un “Estado neoliberal, moderno, eficiente, que no realiza ninguna intervención económica ni regula el mercado” (142), aunque cabe precisar que las dos décadas de aplicación del Programa muestran diferencias en la concepción del rol del Estado y de la sociedad civil.

En el marco del PAE pueden identificarse dos grandes generaciones de reformas. La primera (1985-1993) que “contempla la modificación de precios, la liberalización de mercados, la privatización de empresas estatales, la desregulación de mercados laborales y agrarios y de la propiedad, así como la garantía de proteger la propiedad privada” (137).

La segunda generación, que busca tanto asumir los costos sociales de la estabilización como profundizar el ajuste, se define en base a nuevos componentes como la lucha contra la pobreza, el medio ambiente y los derechos laborales. Esta fase incluye “medidas de reforma institucional, destinadas a reorganizar y modificar el comportamiento de las organizaciones y personas de la sociedad. Son reformas a la Constitución Política del Estado, regulaciones, contratos, etc. y privilegian la reducción de la pobreza” (138). Entre este período de reformas se encuentran también a Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y la Reforma del Sector Salud.

Una evaluación global permite afirmar que “ambas fases del PAE no pudieron mantener un crecimiento económico sostenido y no se cumplieron las expectativas sobre las metas de crecimiento económico y sobre la reversión de la pobreza y las desigualdades sociales; al contrario, se ingresó a un período de crisis” (139).

⁴⁵ Stiglitz define los programas de ajuste estructural “como programas de reformas de políticas, de las instituciones y de las estructuras de promoción destinadas a mejorar la asignación de recursos, la eficacia económica y el potencial crecimiento económico” (cita en Viceministerio de la Mujer, 2003:136).

⁴⁶ “La exclusión resulta de las desigualdades existentes en la distribución de recursos para la producción y reproducción, así como el desigual acceso a los canales y espacios de participación política y toma de decisiones que influyen también en lo anterior. Es pues, un efecto de las relaciones de poder” (Grupo Consultivo, 2002:16).

En el contexto del PAE, los alcances, contenidos y objetivos de las políticas públicas están signadas por cuatro funciones básicas asignadas al Estado:

- “la regulación de las relaciones a través del establecimiento de un ordenamiento jurídico base;
- el mantenimiento de un entorno de políticas económicas no distorsionantes, incluida la estabilidad macroeconómica;
- la inversión en servicios sociales básicos, incluida la protección a los grupos vulnerables;
- la defensa del medio ambiente” (142).

Así, en un marco de rigideces respecto a los equilibrios fiscales y macroeconómicos, y frente a un Estado con restricciones aplicar cualquier política redistributiva de ingresos y recursos en tanto debía “transferir” la solución de los problemas sociales al mercado y al ámbito privado, los paradigmas del desarrollo humano y desarrollo sostenible no podían sino tener un carácter enunciativo (139; 142).

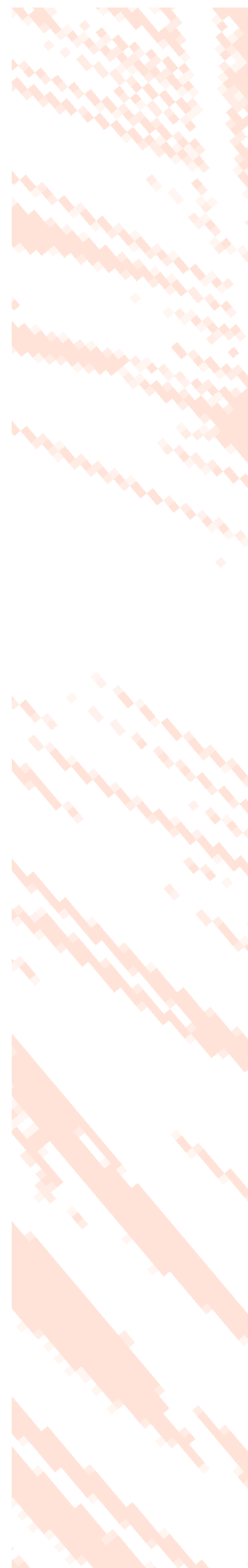
Las manifestaciones más relevantes del Estado durante las dos generaciones son que:

- Pierde soberanía económica y atribuciones para su regulación.
- Se deslegitima como proveedor de protección social y garante de los derechos de los ciudadanos/as.
- Transfiere competencias a los gobiernos municipales, que actúan como interlocutores de demandas que en su expresión política se traducen en demandas de satisfacción de necesidades. Los municipios son un espacio de construcción de ciudadanía y “un medio institucionalizado de acceso a servicios”.
- Enfrenta nuevas formas de acción y expansión de las ONGs.
- Asume “el discurso de igualdad de oportunidades y la ampliación de la democracia participativa” (143-145).

Durante el período más reciente, que se caracteriza por la agudización de las bases de la desigualdad y exclusión social, y el reconocimiento simultáneo de que “la pobreza como problema estructural no puede ser revertida con la tasa de crecimiento actual” (145), el Estado focaliza las intervenciones de la política en los/as más pobres y transfiere la responsabilidad del bien común a la sociedad civil. A esta priorización subyace una lógica de urgencia y corto plazo, y no así una visión estratégica de resolución de los problemas estructurales.

En ese marco se realizan tres acciones importantes:

- A través de la creación de los fondos, se avanza en la institucionalización de los servicios de atención a la pobreza.
- La atención de lo social se desplaza a las ONGs que se convierten en organismos “paraestatales”.
- “La importante participación de la cooperación internacional se inscribe en el marco de apoyo a las reformas estructurales y hace énfasis





47 *“A pesar del silencio estadístico y de los enormes vacíos de información, se pueden establecer una serie de rasgos que definen la exclusión de las mujeres: hay un empobrecimiento relativo mayor de las mujeres y niñas respecto al resto de la población: la tasa de analfabetismo masculino ha descendido más que la femenina; Bolivia presenta la tasa de mortalidad materna más alta de América Latina; las brechas entre ingreso femenino y masculino se mantienen, mientras que los avances en la participación política de las mujeres contrastan, por ejemplo, con el número de indocumentadas, unas 600 mil”* (Grupo Consultivo, 2002:8).

48 *La Articulación de Mujeres por la Equidad y la Igualdad es el resultado de un proceso de organización del movimiento de mujeres en Bolivia a raíz de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing-China, 1995) el posterior seguimiento a las recomendaciones de la Plataforma de Acción Mundial (PAM9 surgida de la mencionada Conferencia (1996-1998) y la realización de los encuentros nacionales. La Articulación está integrada, a nivel nacional, por la Coordinadora de la Mujer, Plataforma de la Mujer, RED-Ada, Católicas por el Derecho a Decidir y la Campaña 28 de Septiembre. A nivel departamental está conformada por 10 Comités, que a su vez aglutinan a diversas organizaciones de base a instituciones en cada Departamento.*

en la ayuda para el desarrollo y la reducción de la pobreza” (cita en Viceministerio de la Mujer, 2003:145).

“Los límites de las políticas de ajuste estructural – cuestionada primero por los movimientos sociales y luego por los mismos organismos internacionales y el Gobierno- han conducido a rediseñar las políticas públicas para redefinir el papel estatal con el controversial planteamiento de restablecer su función de protección social, además de establecer regulaciones al mercado, potenciar a los agentes económicos y fortalecer a la sociedad civil, dar prioridad a la política social y a aquella que contribuya a reducir la pobreza” (140).

A pesar del carácter aún controversial e impreciso de los nuevos planteamientos, existen acuerdos base sobre el rol insustituible del Estado en su función reguladora y como garante de que “la sociedad y la economía funcionen con ‘eficacia y humanidad” (141). Otro de los acuerdos apunta al carácter compartido y de corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad civil respecto a las tareas del desarrollo, que deben construirse sobre la base del consenso entre los/as actores involucrados/as: “La participación pasa a ser parte del lenguaje de los organismos multilaterales y del Gobierno en la búsqueda de consenso y legitimidad, pero con una concepción que no deja de ser instrumentalista” (2003:141) y que no incluye las decisiones más importantes.

A pesar de esta necesidad incuestionable de “recobrar” el contenido y sentido político de la participación, la municipalización y la participación popular generan canales de demanda y expresión para los sectores excluidos social, económica y políticamente. Además, constituyen un espacio de construcción de ciudadanía y un medio institucionalizado de acceso a servicios” (143-144).

4.1. Las Políticas de Género desde una Perspectiva Histórica

La historia de las políticas de género en Bolivia no es lineal ni de mejoras progresivas; muestra aciertos y avances importantes, con períodos menos afortunados en cuando a la claridad en la formulación y direccionalidad de las políticas y severas restricciones en el sistema decisorio y de gestión gubernamental: “El carácter enunciativo de las políticas de género es, tal vez, el signo del proceso en el marco de una crisis estatal” (135) y de tensiones entre las políticas de estabilidad macroeconómica, las de modernización del estado y las de reducción de la pobreza.

De manera general y a pesar de los avances en relación a la institucionalización de un órgano rector y a la visibilización de las necesidades y demandas específicas de las mujeres, las políticas de género en Bolivia no han logrado revertir la exclusión social de las mujeres⁴⁷, ni las desigualdades e inequidades que de ella se derivan,⁴⁸ que son a su vez causa y efecto de la pobreza: “El acceso privilegiado a los recursos económicos y los espacios políticos se deriva e una acumulación histórica de desigualdades que

concentra riqueza, por un lado, y produce pobreza, por el otro. Así, la exclusión va generando pobreza y la pobreza va condicionando mayor exclusión posterior” (Grupo Consultivo, 2002:17), y a la inversa.

Resulta interesante señalar que el *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003* plantea, como hipótesis, que “las políticas públicas de género serán efectivas en reducir las brechas de género en la medida en que promuevan no solamente igualdad de oportunidades para las mujeres, sino capacidad de agencia” (PNUD, 2003:26). Según Sen, “el concepto de “agencia...se refiere a la combinación de las capacidades de las personas con las oportunidades que les brinda el medio, lo que permite a los individuos realizar las acciones propias de un determinado proyecto de vida” (cita en PNUD, 2003:20)

El mismo Informe señala que “cuando más amplia sea esta capacidad de agencia, mayor será también la capacidad de las mujeres para influir en los cambios culturales y el bienestar que las mujeres puedan disfrutar” (*Ibid.*:26). En relación a ello cabe señalar que poner género en las políticas públicas preocupación central del movimiento de mujeres en general y del movimiento feminista en particular. Tres factores han sido claves en relación a este aspecto:

- La normativa internacional, producto del trabajo de incidencia del movimiento feminista.
- Las acciones de organizaciones de mujeres en el ámbito nacional
- El financiamiento externo a través de la cooperación internacional (Viceministerio de la Mujer, 2003: 48).

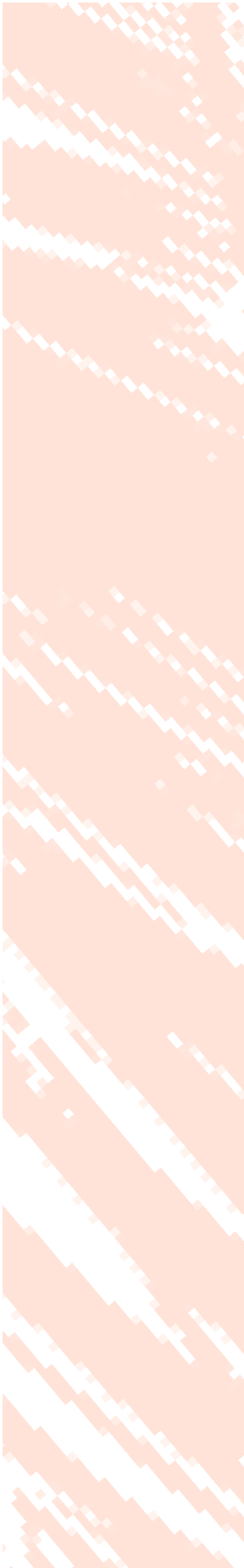
Una iniciativa reciente (abril 2002) de la Articulación de Mujeres por la Equidad y la Igualdad (AMUPEI)⁴⁹ propone tres bloques de políticas públicas “que apuntan a al eliminación de las formas institucionalizadas de discriminación y exclusión de las mujeres con miras a lograr una mejor integración nacional y promover formas más avanzadas de desarrollo para el conjunto de la sociedad” (2002:6). Los tres bloques de políticas que se proponen son (17-23):

- Políticas de transversalidad, “orientadas a disminuir las brechas de acceso a los bienes y servicios públicos entre hombres y mujeres”.
- Políticas de reducción de déficits de acceso a los beneficios del desarrollo por parte de las mujeres, vinculadas al analfabetismo, la pobreza y la representación política.
- Las políticas estratégicas de género, que “van al corazón mismo de las causas de la situación de desventaja de las mujeres”.

Sin embargo, a pesar del rol del movimiento de mujeres en la promoción de las políticas públicas de género, el tema de las reivindicaciones de equidad e igualdad de género aparece como novedoso en el ámbito de la gestión de la política pública estatal y en la sociedad, lo que determinó “una tendencia y una



⁴⁹ Respecto al tema de la continuidad, vale la pena resaltar como positivas las afirmaciones hechas por la nueva Viceministra de la Mujer en relación a que su gestión se basaría en los planes y propuestas de las últimas dos gestiones, buscando dar continuidad a las acciones en curso y recuperando aquellos planteamientos interesantes que no se pudieron iniciar por falta de recursos y tiempo.



orientación de la política como instrumento en dos sentidos: para dar solución a los problemas de inequidad de género en campos específicos identificados como prioritarios; y para lograr cambios en las relaciones sociales. Este contexto implicó dos ámbitos de acción inductora por parte del organismo rector – el Estado y la sociedad, con énfasis en el primero–(149). La concepción del Estado y las políticas públicas como “impulsores del cambio en las relaciones de género ante las fuerzas conservadoras de la sociedad, las instituciones, la familia y las comunidades, ha exigido acciones que han culminado como un fin en sí mismo: el agendamiento de los asuntos de género” (152).

Frente a este planteamiento, “no es novedad que las políticas públicas expresen las demandas de las representaciones organizadas de la avanzada intelectual y política femenina y del sistema de expertos del entorno del organismo rector, y no de las mujeres en sus diferentes organizaciones y representaciones específicas de género y sociales en general. Y ello porque la orientación primaria que se mantuvo y se mantiene es que las políticas públicas promueven el cambio o lo inducen en la sociedad, habida cuenta de que se supone que las necesidades ‘legítimas de las mujeres’ están expresadas en tales políticas que tienen un carácter universal” (150-151).

Como señala un estudio realizado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA) durante el año 2003, “en general las organizaciones sociales no plantean demandas específicas para las mujeres”, incluso a pesar del reconocimiento explícito que hicieron muchos entrevistados sobre la necesidad de una mayor equidad (CEDLA, 2003:10). También cabe señalar que el 35% de las organizaciones investigadas contaba en su base con un porcentaje de afiliación femenina entre el 40 y 60% (*Íbid.*:14). “El tema suele ser dejado en manos de las ONGs que desarrollan proyectos de género y las organizaciones involucradas en políticas de equidad lo hacen usualmente condicionadas por el apoyo de financiamiento externo” (*Íbid.*: 10).

El mismo estudio también señala que a pesar de esta ausencia de demandas específicas de género, al entrevistar a las mujeres afiliadas estas manifestaron demandas de género, entre las que se incluyen el control sobre los servicios de salud, incluyendo el SUMI, y la formación en salud sexual y reproductiva (10). Podríamos asumir “la falta de equidad entre géneros en la distribución del poder al interior de la organización” y el no reconocimiento de la misma como un problema de democracia interna (*Íbid.*:14), como razones fundamentales por las cuales las demandas específicas de género de las mujeres no logran posicionarse y priorizarse en la organización. Así, la discusión sobre las demandas específicas de las mujeres nos remite al ámbito intra-organizacional, aunque el abordaje y superación de las barreras internas no deberían dejar de lado la consideración simultánea de los obstáculos permanentes que enfrentan las organizaciones sociales frente al Estado para la atención de sus demandas.

Las políticas de género en tanto políticas específicas se dan en la gestión 1993-1997; durante este período el Plan General Económico y Social (PGDES) “incluye una política explícita de equidad de género y asume que ésta es condición básica para el desarrollo humano y la democracia” (Viceministerio de la Mujer, 2003:150).

Los antecedentes datan, empero, del año 1992, cuando bajo el sustento de la CEDAW, ratificada en 1989, por vez primera se considera el tema de la desigualdad de género en la agenda gubernamental bajo el marco conceptual de “mujer y desarrollo” y desde una visión sectorialista orientada hacia los sectores de salud, educación y servicios básicos. Durante este período se gestan el Programa Nacional de la Mujer y el Plan Decenal y se distinguen tres ejes estratégicos:

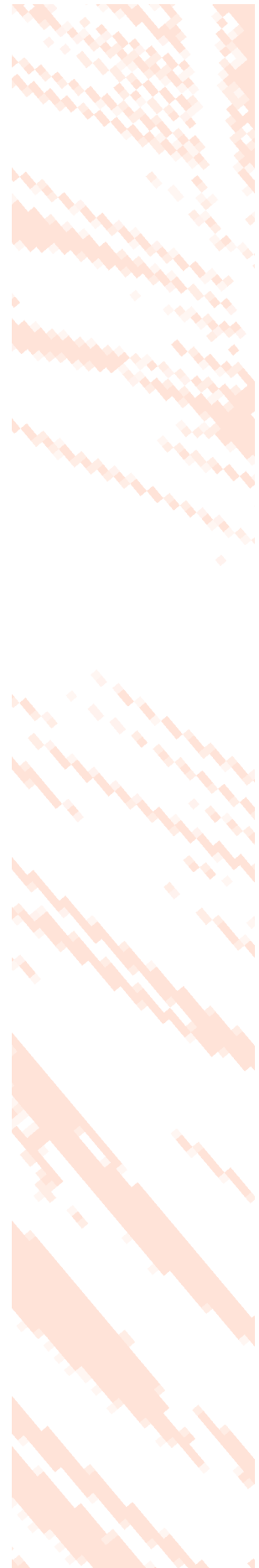
- “Institucionalizar la perspectiva de género en las políticas de desarrollo desde un enfoque de ‘mujer y desarrollo’”.
- “Eliminar la discriminación y los obstáculos que impiden el acceso igualitario de las mujeres a los beneficios del desarrollo”.
- “Impacto diferenciado de la pobreza sobre hombres y mujeres” (153-154).

Desde una perspectiva global, los rasgos más sobresalientes que marcan la ruta de las políticas de género en Bolivia son:

- La reducción de la pobreza como política pública marco.
- La ubicación prioritaria del género en la esfera social.
- El cambio teórico conceptual de mujer a género, que implica transitar de un enfoque de vulnerabilidad hacia una visión de equidad.
- El reconocimiento de las brechas de desigualdad, como parte del enfoque de desarrollo humano y sostenible.
- La ampliación de la democracia a través de las políticas de participación.
- El reconocimiento cultural, con un énfasis primario en las diferencias entre géneros y posterior en las intragenéricas, interétnicas, intergeneracionales y de clase.
- La priorización de la satisfacción de necesidades específicas.
- La condición de igualdad jurídica y el reconocimiento de derechos, como base para la construcción democrática y ciudadana.

En cuanto a la institucionalización, esta se gesta al interior de estado en transición y tiene que enfrentar las difíciles condiciones político-institucionales, su colocación subsidiaria y subalternizada, el desconocimiento y la no-priorización de la temática como obstáculos para el cumplimiento de su mandato.

En términos generales la historia del órgano rector está signada por la fragilidad institucional, la discontinuidad en las gestiones, la no articulación del proyecto de género con el proyecto nacional de desarrollo, el uso de la población como sujeto de control y el servicio como legitimación de la gestión.





“La falta continuidad, asociada a la desvalorización a los actos y hechos de las gestiones pasadas, da lugar no sólo a la necesaria crítica y reorientación de proceso, sino a la ausencia de una estrategia de género en la perspectiva de un proyecto nacional” (153).⁵⁰

A manera de síntesis se puede concluir que en el Estado se reproduce lo que se observa en las organizaciones sociales: la demanda de género se subsume y posterga. Son tres los problemas centrales identificados:

- Discontinuidad de las políticas de género, condicionada a una frágil institucionalidad.
- La pérdida de visión política sobre la desigualdad y la inequidad de género (también referida como la “despolitización del género”).
- La tendencia a incluir las políticas en la agenda sectorial sin un proyecto estratégico de género (“fragmentación”) (152).

Período de 1993 a 1997

Es el período de las “reformas de segunda generación”, “que se caracteriza por el reconocimiento de los efectos del ajuste estructural (profundización de la pobreza y la exclusión social) y el reconocimiento de minorías específicas con necesidades diferencias por su condición étnica, generacional y de género” (154-155). Se incluye la equidad de género como condición para las políticas de desarrollo humano.

En este período se crea la Subsecretaría de Asuntos de Género (SAG), como parte de la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales del Ministerio de Desarrollo Humano. Y en el marco de la descentralización se crearon las Unidades Departamentales de Género en las Prefecturas y las Oficinas Municipales de la Mujer en algunos municipios.

La creación de la SAG responde a un momento particular en el que se encuentran la demanda articulada del movimiento de mujeres con la voluntad política del gobierno para abordar las desigualdades e inequidades históricas en un marco de políticas macro (155). “La SAG asumió un papel protagónico en el proceso pre-Beijing, con la definición de la posición del país en la cumbre y la articulación de un consenso entre el Estado y los componentes de la sociedad. Estableció el Plan de Seguimiento a la PAM y propuso la Ley de Cuotas de Participación Política” (155).

“El primer Plan de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres constituyó uno de sus primeros esfuerzos, y culminó con la aprobación de la Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica (1995)” (155), que puso fin, al menos temporalmente, a una larga lucha que desde los 80’s aglutinó a amplios sectores del movimiento de mujeres.

La SAG concibió el problema de la discriminación de las mujeres como un fenómeno mutlicausal que debía, por ende, ser objeto de acciones integrales (156). En ese marco puso énfasis en las reformas legales e incorporó el principio de “igualdad de oportunidades” en las leyes de Participación Popular, Reforma Educativa e INRA.

⁵⁰ En febrero del 2003 a consecuencia del conflicto social, hubo cambios en la estructura ministerial. El MSPS cambió su nombre por Ministerio de Salud y Deportes – MSD. El Viceministerio de Previsión Social desapareció y se convirtió en una Dirección, dentro del Viceministerio de Salud. Se creó el Viceministerio de Deportes. Las funciones del Viceministerio de Salud no cambiaron.

Durante este período también se gesta el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOM 1997-2007), que desde una perspectiva metodológica de transversalidad vertical y horizontal busca “institucionalizar y legitimar políticas de género en el Estado y (a) generar espacios de concertación con la sociedad que contribuyan al reconocimiento del aporte de las organizaciones no gubernamentales y fortalezcan la autonomía organizativa de las mujeres” (Subsecretaría de Asuntos de Género, 1997:8).

Desde una visión estratégica de largo plazo, el PIOM identifica como ejes prioritarios el empoderamiento de las mujeres y el combate a la feminización de la pobreza en el contexto de la descentralización (156).

Período de 1997 a 2002

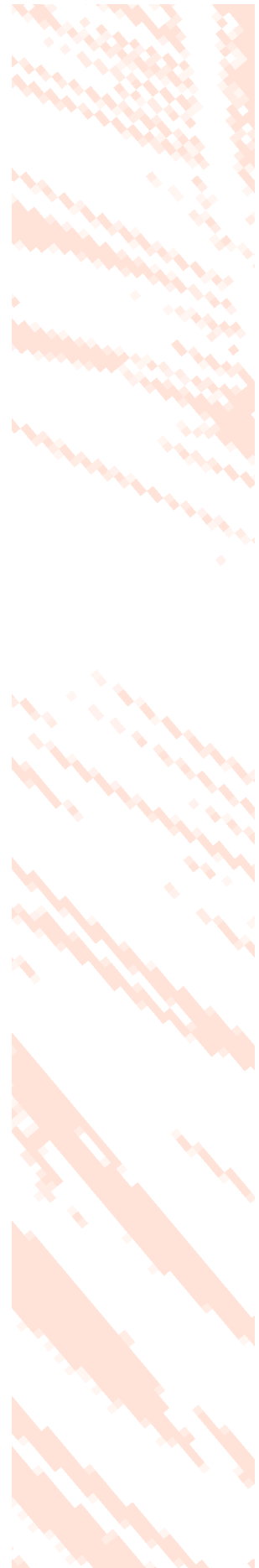
“El período se caracteriza por la continuidad del modelo de ajuste estructural, privilegiando las políticas macroeconómicas por sobre las políticas sociales. Se sustituye el concepto de desarrollo humano por el paradigma de desarrollo integral sostenible...Este desplazamiento desde el concepto de desarrollo humano hacia una concepción de desarrollo integral sostenible marca, en realidad, una reorientación de fondo en las políticas globales, las mismas que son enfrentadas desde una visión procedimental de los problemas de desigualdad e inequidad y su vinculación con el desarrollo” (157). De manera coherente, el gobierno suprime el Ministerio de Desarrollo Humano y el nuevo PGDES elimina el capítulo específico sobre equidad de género.

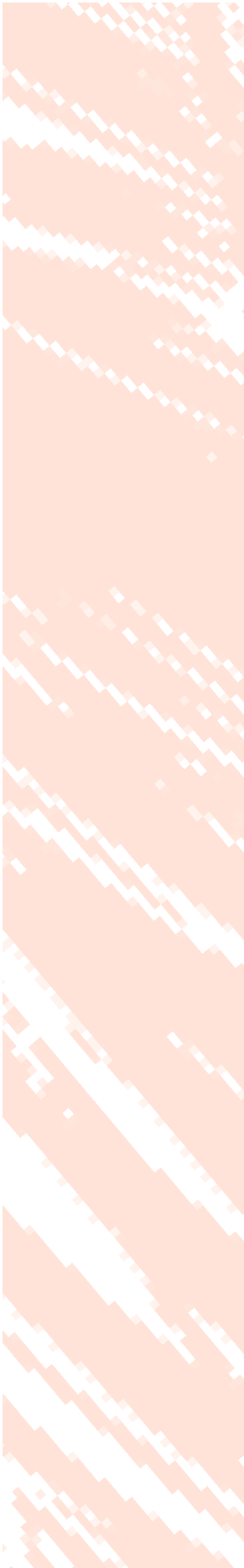
Al mismo tiempo, durante este gobierno se introduce la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y el Diálogo Nacional como mecanismos de consenso de las políticas públicas con la sociedad civil.

En cuanto a las políticas de género, este período “se caracterizó por la pérdida de jerarquía y capacidad institucional del ente rector como consecuencia de su conversión a Dirección General, dentro del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación Estratégica, pero también como resultado de la desorientación de las nuevas autoridades y personal técnico respecto a la temática de la equidad de género y su tratamiento a partir de la política pública” (159).

Por otra parte, a partir de la promulgación de un Decreto Supremo que establece la transversalidad de género en las políticas públicas, se hace supuestamente innecesaria la existencia de un Viceministerio: “Se define los convenios como mecanismo de la transversalización, que a partir de ese momento se da como actividad recurrente, sin que se establezca la responsabilidad del organismo impulsor y fiscalizador para su cumplimiento” (cita en 159).

Luego de dos años de profunda crisis el movimiento de mujeres, con el impulso y apoyo de la cooperación internacional, promueven el “relanzamiento” de las políticas de género. Como producto de esta iniciativa surgen el Plan Nacional de Equidad de Género (PNEG), el Plan Nacional de





Prevención y Erradicación de la Violencia (PNPEV) y el Programa Nacional de Reducción de la Pobreza Relativa a la Mujer (PNPRM).

El Plan Nacional de Equidad de Género (PNEG 2001-2003)

Este Plan “parte de una propuesta conceptual de construcción de la ciudadanía plena con igualdad de condiciones para hombres y mujeres” (158). Representa una perspectiva de ampliación de la democracia con base en la igualdad de derechos y la construcción de los/as ciudadanos/as como sujetos/as políticos. Concibe como eje estratégico la ciudadanía plena de las mujeres – política, económica y social-, que se construye a partir del reconocimiento de su condición de desventaja (Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, 2001a:4).

“El PNEG pretendió constituirse en un plan nacional, a ser adoptado por el conjunto de las reparticiones del Estado, incluyendo los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial” (159). A diferencia de los planes anteriores, las políticas del PNEG ya son políticas de Estado..

Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género (PNPEV)

Se centra en la prevención y la recuperación. Basa su aplicación en la articulación intersectorial e interinstitucional y sostiene que la “violencia intrafamiliar por razón de género es multidimensional y estructural por lo que las políticas públicas deben asumir la integralidad multidisciplinaria y sistémica que requiere el conocimiento y control del dispositivo de la dominación patriarcal dentro de la familia y por tanto dentro de las relaciones sociales” (Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales, 2002b:25). Concibe la violencia como un obstáculo para el ejercicio de los derechos humanos y para el desarrollo.

El Programa de Reducción de la Pobreza Relativa a la Mujer (PNPRM)

“El enfoque del Programa se basa en e fenómeno de la pobreza relativa a la mujer, es decir, la atribuible a las asimetrías y diferencias por género que acentúan, intensifican y masifican la denominada ‘feminización de la pobreza’” (Viceministerio de la Mujer, 2003:160). La estrategia plantea el mejoramiento de las capacidades y el incremento de las oportunidades de acceso a servicios, recursos e ingresos para segmentos de mujeres rurales en extrema pobreza, “mediante la promoción de su integración en las esferas productivas locales” (160).

Agosto 2002 al presente

En agosto 2002 se inicia una nueva gestión gubernamental, en el que se elabora el Plan Quinquenal 2003-2007 “Mujer Ciudadana”, con base en el Plan Bolivia “que enfatiza el crecimiento económico frente a la crisis, el pacto democrático para un desarrollo sin exclusiones y el compromiso ciudadano” (160).

Este Plan se articula en torno a tres objetivos:

1. Desarrollo de políticas públicas que promuevan el fortalecimiento de las mujeres en tanto sujetos;
2. Transversalización de las políticas públicas para promover el acceso y control de las mujeres a bienes y servicios públicos.
3. Desarrollo de un modelo de gestión descentralizado y participativo, eficiente y eficaz.

Se identifican como áreas estratégicas la participación política de las mujeres, la violencia intrafamiliar y sexual, los derechos sexuales y reproductivos, la titularidad y la propiedad de las mujeres sobre la tierra, la identificación, la educación, la salud y la vivienda.

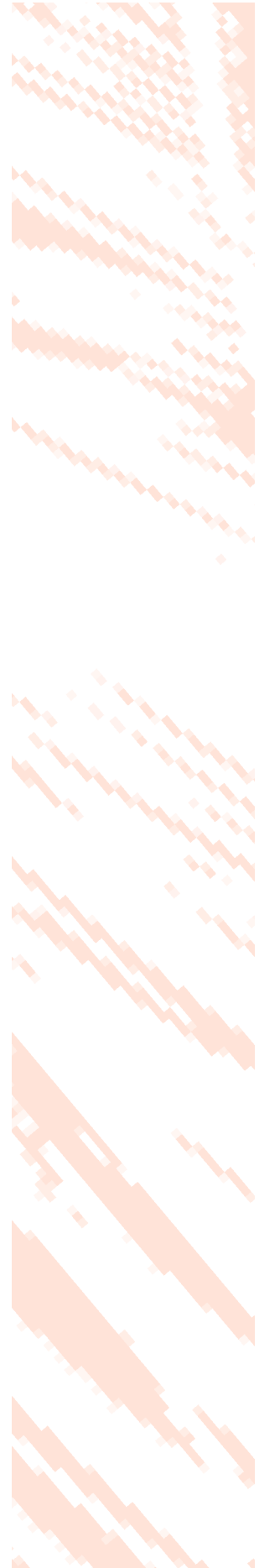
Aunque el cambio de “mujer” a “género” reflejaba originalmente una transición de un enfoque de vulnerabilidad hacia uno de equidad, la historia de su uso también ha demostrado que el concepto de “género” da cabida a confusiones y procesos de “despolitización” respecto a los objetivos de transformación de las relaciones entre hombres y mujeres. En ese marco, “la transformación de la SAG en Viceministerio de Asuntos de la Mujer (VAM) permite identificar más claramente la naturaleza específica de la condición de género y su desvinculación metodológica de los asuntos generacionales” (160).

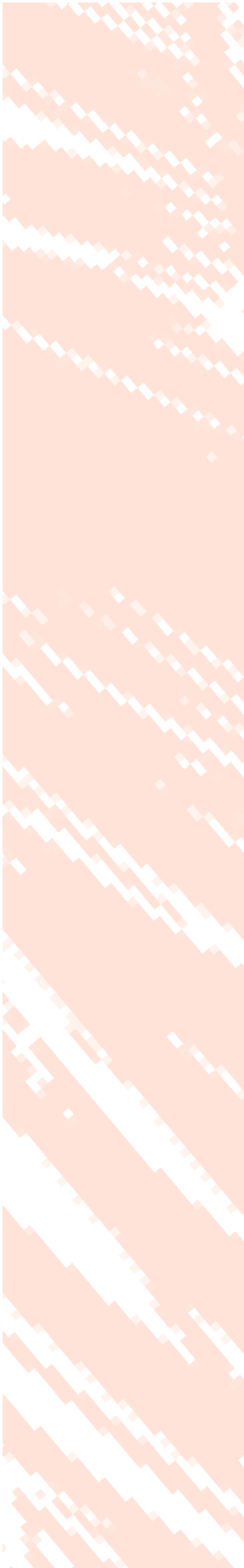
Con la salida del Movimiento Bolivia Libre de la coalición de gobierno en los primeros meses de este año, se hace honor, una vez más, a la tradición de cambio e inestabilidad del órgano rector encargado de normar y fiscalizar la aplicación de las políticas de género en Bolivia. A partir de entonces Bolivia ha tenido dos Viceministras de la Mujer. La actual Viceministra es una mujer aimara, que ha expresado su intención de dar continuidad a las iniciativas y procesos impulsados por sus antecesoras. Además de ello, le toca la difícil misión de contribuir a tender puentes de interculturalidad en un país profundamente fragmentado y herido en sus múltiples diversidades.

4.3. La Transversalización del Género en las Políticas Sectoriales

La historia de la transversalización sectorial del género es también una historia de muchos esfuerzos, algunos aciertos y múltiples dificultades, que tienen que ver tanto con barreras institucionales como con formas de gestión y debilidades en la capacidad propositiva del órgano rector. En términos generales la falta de celeridad, pertinencia y oportunidad en cuanto a las oportunidades (y demandas) de respuesta desde los sectores, han tenido como consecuencia su pérdida de liderazgo frente a los sectores y a la sociedad civil.

A pesar de ello, hoy se puede afirmar que “el género” se encuentra en todos los sectores bajo distintas modalidades, aunque también hay que enfatizar que persiste el problema de la marginalidad, un síntoma de la debilidad y precariedad de estos procesos de transversalización sectorial: “Se advierte un cambio en la modalidad de gestión de la política de género, pero no en la orientación en sí de la política” (162)





Son tres las etapas que se identifican en este proceso de transversalización:

- 1993-1997: Transversalización desde el organismo rector.
- 1997-2002: Autonomía sectorial con establecimiento de planes, programas, proyectos y personal específico.
- 1999-2002: Articulación multi- y transectorial.

Lo acontecido en relación a las políticas sectoriales puede resumirse de la siguiente manera:

- Priorización de lo “social” para enfrentar la subordinación, discriminación e inequidad en el acceso a servicios básicos.
- “Las políticas sectoriales tienen un base fundamental en las políticas de reconocimiento antes que en las redistributivas” (162).
- Se expresa el principio de participación y la consecuente redistribución del poder político entre hombres y mujeres.
- La dimensión económica se manifiesta primero a nivel micro, con la valorización del papel productivo y económico de las mujeres, y luego en el interés de la macroeconomía con relación a presupuestos y cuentas nacionales.

4.4. Género en el las Políticas del Sector Salud

En el sector salud, “la política de salud en la década 1992-2002 ha dado prioridad a la atención primaria y preventiva antes que curativa, pretendiendo ampliar coberturas –especialmente en las zonas periurbanas y en el área rural- y mejora la calidad del servicio” (168). Las mujeres-han sido lo central, desde el punto de vista de su rol como madres y en el marco de la salud materno-infantil.

Son tres los factores que en Bolivia impulsan la inclusión de la equidad de género en las políticas de salud:

- La creación de la SAG
- La Ley de Participación Popular
- “La política de la OMS y la OPS sobre la inclusión de género en las políticas y acciones de salud”.

Esta inserción se da en el marco de una “visión e corte psico-biologicista [que] excluye del marco explicativo y comprensivo del proceso de salud-enfermedad al conjunto de factores que inciden en la esfera de reproducción material y social –los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales-, en cuyos tejidos los sistemas de género configuran una trama de relaciones” (169).

“La equidad es vista desde las desigualdades existentes por las diferencias socioeconómicas entre los grupos sociales”. Frente a esta lectura parcial de los problemas y características de las múltiples inequidades que coexisten en Bolivia, la solución que se plantea va por el lado de la promoción del acceso general de la población a los servicios de salud, con particular atención en las mujeres (169).

En el período entre 1994 y 2002 se formularon tres planes de salud:

- El Plan Vida-Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño Bolivia (1994-1997).
- El Nuevo Modelo Sanitario (1993-1997).
- El Plan Estratégico de Salud de Lucha contra la Pobreza-Medicina Familiar y Comunitaria (1997-2002), y cuatro programas: Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; Violencia Intrafamiliar; Salud Materno-Infantil (Seguros) y Programa Nacional de Salud Mental.

Entre 1993 y 1997 la atención se centra en el nivel primario y en acciones preventivas y de capacitación con un efecto directo en la reducción de la mortalidad materna e infantil. “Estas prioridades de la Reforma de Salud se dan en el marco de la descentralización y su articulación con el Sistema de Seguridad Social, el sector privado y las ONG. La característica del periodo es la articulación del Sistema de Salud con la Participación Popular mediante criterios de accesibilidad económica, geográfica y cultural” (170).

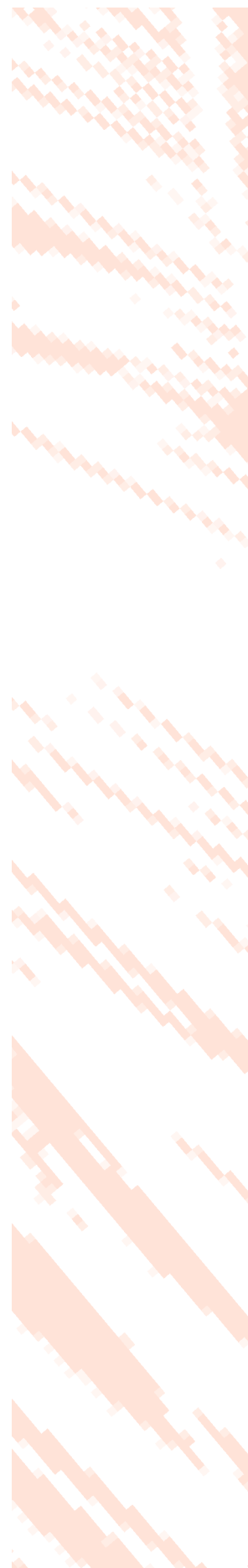
Durante el período 1997-2002 el Plan Estratégico de Salud (PES) “reconoce la importancia de reducir las disparidades en las condiciones y acceso a los servicios de salud...El PES, apoyado en esta concepción, reconoce las desigualdades y la discriminación étnica, de género y generacional, “y se considera como una política intersectorial y transversal” (170). A diferencia de otros planes anteriores, y aunque plantea una visión de la atención integral de la mujer restringida al embarazo y el parto, el Plan Vida introduce “la concepción del derecho a la salud, el derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y a participar en la toma de decisiones” (*Íbid.*). Tanto el PES como el Plan Vida, “conciben la salud como parte del desarrollo social con equidad y participación y se considera al municipio como instancia local de otorgación de servicios de salud” (171).

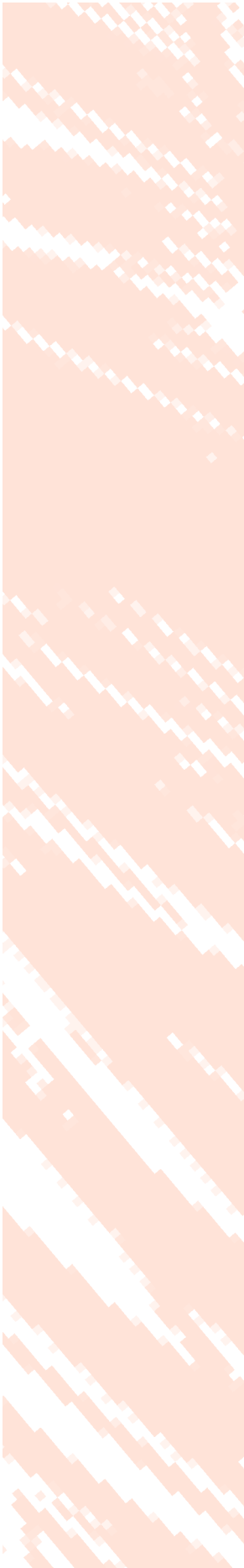
El enfoque de género sólo aparece de manera explícita en el PES. “El reconocimiento de la discriminación de género como un factor que limita el acceso de las mujeres a los servicios es el elemento de la concepción de género más visible encontrado hasta ahora en los planes de salud” (171).

En la gestión 2002-2007 se desprende del Plan Bolivia el Plan Salud para Todos, “que define una atención integral que elimine toda forma de exclusión” (171). En términos de género, este Plan reproduce la concepción y atención de la mujer sólo en función de su rol como madre, marcando un retorno al binomio madre-niño.

En general se identifican los siguientes factores influyentes en el diseño de las políticas de salud (171):

- La conversión de la política materno-infantil en política de Estado, en la búsqueda por reducir las tasas de mortalidad.
- La reducción de las tasas de mortalidad infantil ha sido mayor que la de mortalidad materna. En parte esto reflejaría la prioridad que ha recibido la atención de la mortalidad infantil frente a la mortalidad





materna, aunque en el caso de esta última también hay que tomar en cuenta su carácter y demandas más complejas.

- “La oferta institucional para la atención de emergencias obstétricas continúa siendo deficiente, insuficiente e inoportuna”.
- La política de salud se ha centrado en la etapa reproductiva de la mujer, en desmedro de un enfoque integral que considere todo su ciclo de vida.
- “El incremento del gasto y la inversión en salud, especialmente en infraestructura, no conduce automáticamente a mejorar la accesibilidad de la población en general y la calidad de los servicios”.

En cuanto a los programas, “el Programa de Salud Sexual y Reproductiva se plantea en el marco de la Reforma de Salud con el fin de mejorar la prestación de servicios, desarrollar acciones basadas en los principios de transversalidad, enfoque de género, equidad, ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, derechos de usuarias y usuarios e interculturalidad, promoviendo la intersectorialidad (172).

Los cambios institucionales y de gestión permanentes que ha sufrido este Programa de alguna manera asemejan lo acontecido en relación al órgano rector de género. También en este caso la visión y enfoques han variado de acuerdo con las autoridades. Recientemente, y luego de una evaluación (ver capítulo 5), ha sido puesta a consideración del Ministro una nueva propuesta de “Orientaciones Estratégicas” para el próximo quinquenio.

Finalmente, el Programa de Violencia Intrafamiliar resulta del reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública y la consecuente priorización de su prevención y atención entre los programas prioritarios del PES. Sin embargo, “las acciones realizadas [-que contemplan la implementación de un proyecto Violencia contra la mujer y la niña en coordinación con el exViceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia-] son aún insuficientes para institucionalizar la política de atención a la violencia intrafamiliar como parte de las políticas de salud y lograr impactos en su solución” (173). Entre las dificultades destacan las que hacen a la continuidad y sostenibilidad de las acciones, que en cierta medida se aducen a la falta de voluntad política.

5. MARCO LEGAL, POLÍTICO E INSTITUCIONAL EN RELACIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

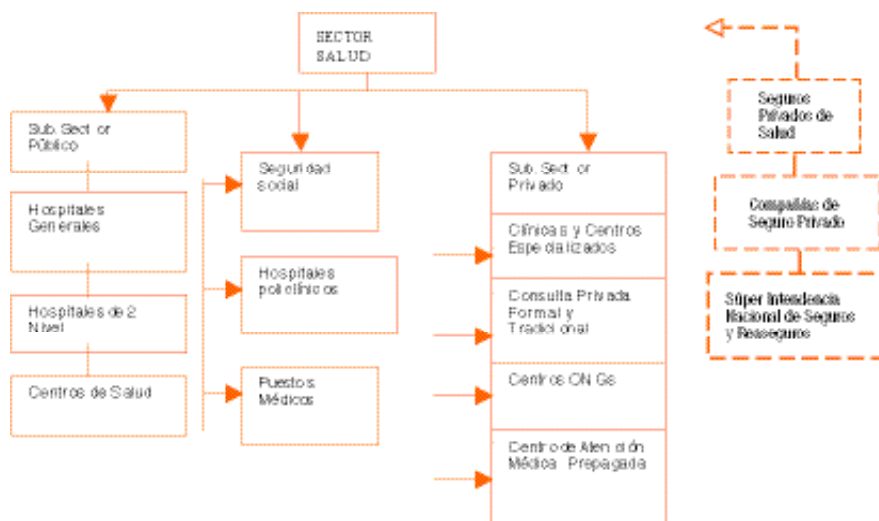
5.1. El Sistema de Salud

El sistema de salud boliviano está conformado por dos subsectores: el público y el privado. El subsector público está representado por los servicios de salud del Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) y la Caja Nacional (CNS) de Salud del sistema de la seguridad social.

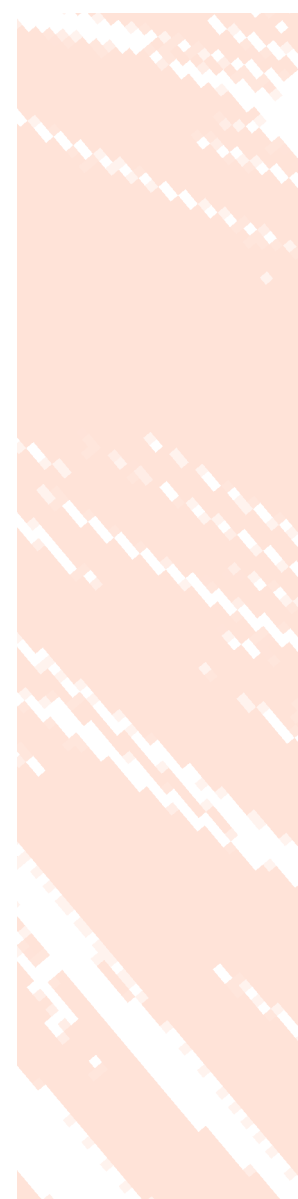
Hasta febrero del 2003, la estructura del MSPS estuvo conformado por dos viceministerios: el de Salud y el de Previsión Social. El Viceministerio de Salud coordinaba, normaba y supervisaba todas las direcciones y unidades de salud relacionados con la prestación de servicios. El Viceministerio de Previsión Social coordinaba, normaba y supervisaba todas las direcciones y unidades que tienen que ver con el SBS y con los servicios de la seguridad social⁵¹.

El subsector privado está conformado por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), instituciones de voluntariado, farmacias y médicos privados. Por su diversidad cultural la presencia de la medicina tradicional es de gran importancia y se considera parte del sistema nacional de salud. (Figura 2.1)

BOLIVIA: SECTORES – SALUD



Fuente: Cárdenas, M 2000: 7



⁵¹ Decreto Supremo N° 25223 sobre organizaciones, atribuciones y funcionamiento de los SEDES.

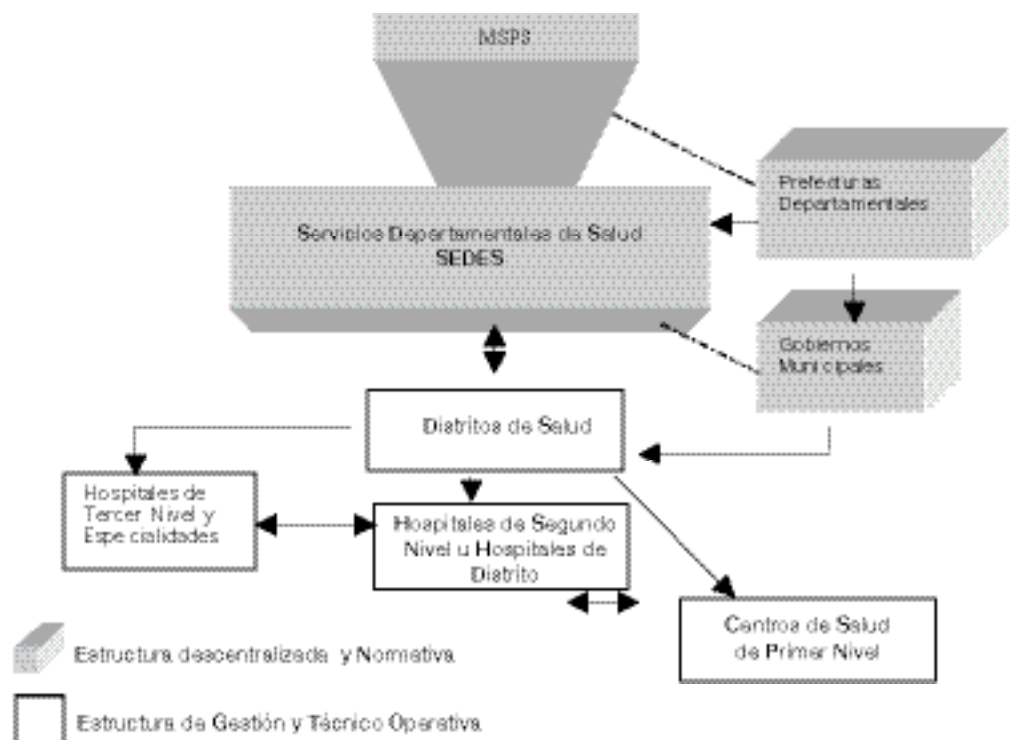
En el país una parte importante de la población utiliza servicios proporcionados por el sector público. En efecto alrededor del 27% asiste a establecimientos dependientes del MSD. Mientras que el 19% utiliza servicios privados y 12% servicios de la CNS. El 10% acude a la medicina tradicional.

POBLACIÓN EN HOGARES PARTICULARES TIPO DE SERVICIOS DE SALUD UTILIZADO

Tipo de Servicio	Número	Porcentaje
SNS	1,692.909	27
CNS	783.343	12
ONG/ Iglesia	181.497	3
Servicios privados	1.136.673	19
Farmacia	395.735	6,3
Medicina Tradicional	662.707	10
Otros	159.18	2,5
No atienden su salud	629.384	10,0

Factores como la introducción del Seguro Básico de Salud (SBS), la relativa mejoría en la calidad de atención, y escasos recursos económicos pueden explicar el aumento de la utilización de los servicios públicos y una disminución en los servicios privados.

SUBSECTOR PÚBLICO DE SALUD – 1997- 2002



Fuente: Elaboración propia, 2002

El subsector público, encabezado por el Ministerio de Salud y Previsión Social es responsable de las normas y políticas nacionales de salud. Mantiene una estructura descentralizada, de manera que en el ámbito regional se encuentran las prefecturas quienes son las responsables de la administración de los recursos humanos en salud. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud siendo responsables de una oferta adecuada y del cumplimiento de los programas de atención. Las redes de servicios son sostenidas financieramente por las Municipalidades (infraestructura, equipamiento y mantenimiento) y Prefecturas de Departamento (personal de salud), para lo que deben proporcionar la logística y la administración correspondiente.

Los establecimientos del sector público están coordinados y normados por niveles políticos normativos, de apoyo y control, de decisión ejecutiva, de dirección, nivel técnico operativo y descentralizado. Los Servicios Departamentales de Salud – SEDES, son “órganos desconcentrados de las prefecturas departamentales, tienen una estructura propia e independencia de gestión administrativa, tienen competencia en el ámbito departamental y dependen linealmente del prefecto y funcionalmente del Director de Desarrollo Social de la respectiva Prefectura”⁵²

La CNS incluye a las cajas de salud, seguros universitarios y al Instituto Nacional de Seguros de Salud. Las cajas ofertan servicios del MSPS y dependían del Viceministerio de Previsión Social, hasta diciembre del 2002. El Instituto Nacional de Seguridad Social – INASES es la institución de coordinación, control y supervisión de las Cajas de Salud (Cárdenas M, 2000:10)

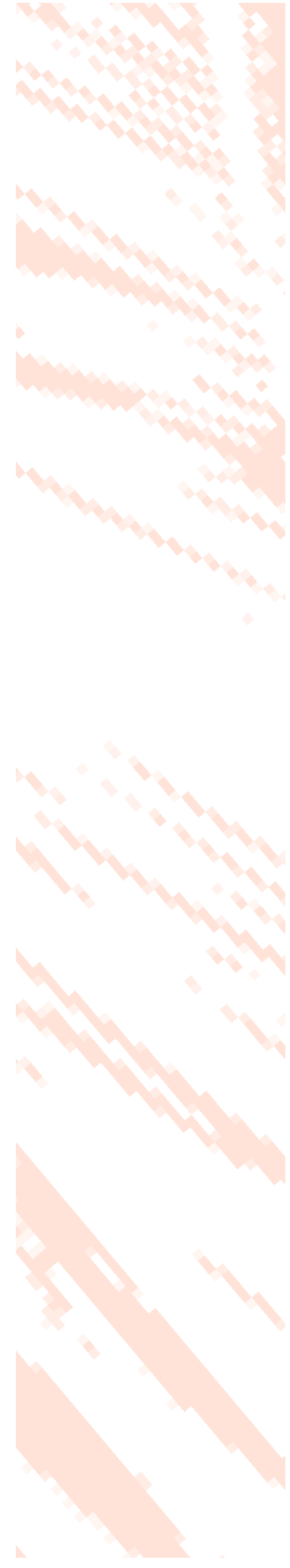
Las personas que acceden a la CNS son los asegurados cotizantes y su grupo familiar en condiciones de dependencia. También acceden a las Cajas, los grupos que están bajo tutela del Estado como por ejemplo, héroes de la patria (Beneméritos de la Guerra del Chaco), menores de edad y otros.

El subsector público es apoyado por algunos servicios de las ONGs que prestan atención en coordinación con el MSPS. También otras instituciones como el Fondo de Inversión Social (FIS) y las universidades trabajan en coordinación con el subsector.

El financiamiento proviene del presupuesto general de la nación que deroga el 7.1%, el aseguramiento público que ha ido creciendo, en la medida que se han dictado los diferentes seguros: por ejemplo, en 1994 Maternidad y Niñez (3,2%), en 1997 el SBS (6,4%) y el Seguro Universal Materno Infantil (7% - 10%). La seguridad social representa el 17% del gasto. Otras fuentes provienen de Agencias de Cooperación que brindan asistencia técnica, capacitación, equipamiento, salarios a personal, financiamiento de programas.

Subsector privado

Se incluyen aquí ONGs, servicios de la iglesia católica, compañías de seguro y medicina prepagada. Cada sector oferta la atención de acuerdo a su



⁵² Ministerio de Salud y Deportes, 2003. Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 (Borrador)

definición como institución, la mayoría de las ONGs trabajan en prevención y promoción de la salud. (Cárdenas M, 2000:12)

Las compañías de seguro constituyen un receptor de fondos para financiar servicios de salud del sector privado. La principal fuente de recursos son los hogares y las empresas que pagan primas por los seguros de salud. La medicina prepagada, además de captar recursos por cotizaciones de asistencia médica, a través de cuotas fijas anuales, brinda servicios de salud. Con la nueva Ley de Seguros, estas instituciones se reducen a ser prestadoras de servicios médicos. (Cárdenas M, 2000:14)

Las ONGs cumplen un rol muy importante en la atención, la educación, y la prevención para la salud. De acuerdo con datos del INE, el Registro Único de ONGs reporta en sus registros unas 95 organizaciones que trabajan en salud. (INE, 2000)

El accionar de las ONGs extranjeras está regulado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto mediante convenios suscritos por autoridades del sector (MSPS). Las ONGs que se dedican a trabajar con atención primaria de salud y salud sexual y reproductiva son las de mayor número en el país. La mayor fuente de financiamiento para estas ONGs proviene de USAID, seguidas de la cooperación europea.

Medicina tradicional

En Bolivia, el uso de la medicina tradicional es muy importante. El estatus del ejercicio de la medicina tradicional es legal, el Estado reconoce a SOBOMETRA, (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional) como una organización prestadora de servicios alternativos de salud.

No obstante, este reconocimiento no deja de ser formal, ya que en la práctica las dos medicinas no trabajan juntas. En el año 2000, el MSPS llevó a cabo un proyecto piloto para brindar una atención intercultural en salud “proyecto WILAKUNA” en Potosí. En Cochabamba existe otra experiencia que incorpora la medicina tradicional, sin embargo, su impacto se restringe a nivel local, conociéndose muy poco sus resultados.

Algunos programas del MSPS como lo fue el programa de Atención al Parto Limpio, contó con la participación de agentes de la medicina tradicional que jugaron un rol importante en la atención del parto en domicilio. De hecho, pese a que el programa ya no existe, los parteros tradicionales y capacitados siguen reportando las atenciones de parto en algunos servicios de salud, incluso de áreas peri urbanas (Castro MD y Loayza M, 2000)

De acuerdo con sus especialidades y cargos, cada especialista cumple una función en la salud tradicional, desde suministrar solamente una hierba medicinal hasta atender un parto o practicar una atención más compleja. Hombres, mujeres y niños acuden indistintamente de la edad a la medicina tradicional.

Acceso a los servicios de salud

En general en Bolivia el acceso a los establecimientos de salud es bajo. Según datos del INE para el año 2000, un 22% de la población no acude a los

centros de salud. En relación a la disponibilidad de servicios solamente se cuenta con datos del SNIS, sobre la base de datos de camas disponibles en el país. Una serie de factores inciden en el acceso a los servicios: geográficos, económicos, culturales y los relacionados con la calidad de la atención. La calidad de atención es uno de los principales factores del bajo acceso a los servicios de salud. Este tema ha sido investigado ampliamente y se han tomado algunas acciones al respecto, pero todavía los cambios no son muy visibles.

Los problemas más identificados con la baja calidad los servicios del MSPS, por instituciones que han trabajado el tema de calidad de atención como IPPF, OMS/OPS, THAIPAMU, Engender Health, Mother Care, QAP y otros, son:

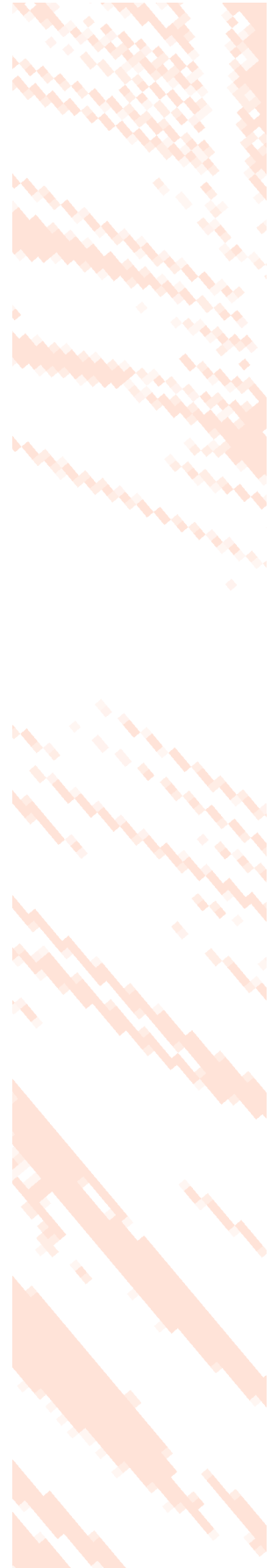
- La dificultad de acceso a los servicios por usuarias/os (tiempo de espera para ser atendidos en consulta, rechazos, ausencia de personal de salud.)
- Débil competencia técnica para la resolución de problemas de salud (relaciones interpersonales poco cordiales, discriminación étnica y de género, conocimientos técnicos no actualizados, desconocimiento de las normas, falta de prevención de infecciones.)
- Mal trato
- Escasa señalización, información y educación de los servicios
- Infraestructura no adecuada para la privacidad, confortabilidad.
- Débil sistema de logística y falta de insumos.
- Información poco fidedigna (múltiples registros, mal llenado de datos, falta de formularios.)
- Oferta que no toma en cuenta los valores culturales de la comunidad.

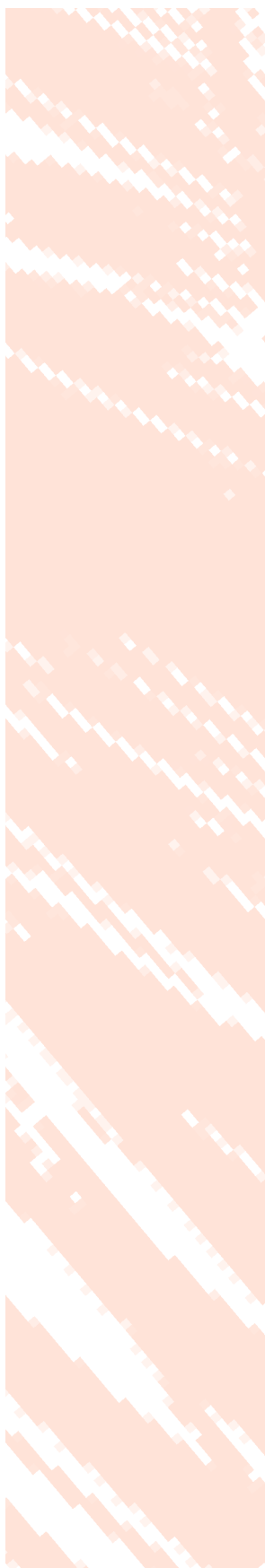
Otras investigaciones muestran que los servicios de salud no toman en cuenta los valores culturales de la comunidad. A las mujeres les da vergüenza mostrar “sus partes” (órganos reproductivos y sexuales), especialmente si quien las ve es un proveedor de salud varón “medico”. (Mother Care, 1996).

Pese a que Bolivia cuenta con una capacidad instalada básica para la prestación de los servicios, no hay una adecuada utilización de los recursos humanos. La mayoría de estos servicios están atendidos por personal de enfermería que representa casi un 50% del total de recursos humanos. Los/as médicos/as que son el 18% del total de recursos humanos, están concentrados en hospitales urbanos.⁵³

Las enfermeras licenciadas llegan a representar el 33% del sector y están distribuidas en segundos y terceros niveles de atención. Es así que en los primeros niveles, no hay personal capacitado para resolver una emergencia obstétrica, además hay una deficiencia en la atención de la SSR, ya que el personal de estos servicios no es beneficiado/a con las capacitaciones. Por lo general, una auxiliar de enfermería es el único personal de una posta o centro de primer nivel y no puede ausentarse de su servicio.

En los últimos años se ha implementado algunos mecanismos de control





social para velar por el acceso a los servicios y la defensa de los derechos de la salud de las personas.

Entre estos mecanismos se pueden citar: metodologías de vigilancia comunitaria (CAI Comunal), control social (Defensorías de la Salud), seguimiento y promoción (manzaneras y agentes comunitarios); sin embargo, no son aún metodologías y procesos suficientemente extendidos y consolidados como componentes de las redes sociales en salud. El trabajo con organizaciones de base, municipios, prefecturas y otros actores locales de creciente importancia fueron asumidos por otras instancias de gestión, aunque mantuvo el fuerte lazo colaborativo con las agencias de cooperación y las organizaciones no gubernamentales en el Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva y en Consejo Interagencial por una Maternidad Segura.⁵⁴

5.2. Marco Normativo

El marco normativo del sector salud ha seguido un proceso histórico importante. El Plan Estratégico de Salud (PES) fue el principal instrumento de política del sector salud en el periodo 1997-2002. En él se encuentran las principales líneas y directrices en materia de gestión, técnico administrativa, financiamiento, prestación de servicios, acciones intersectoriales, gestión social y perspectiva jurídica del sistema de salud. En este marco, se inició un proceso importante de control social con la creación de las Defensorías de la Salud, que todavía no se consolidan.

Las/os defensores/as de la salud son grupos de personas interesadas en desarrollar actividades voluntarias de difusión de los derechos en salud. Su función es apoyar y defender el derecho a la salud. Las defensorías de la salud siguen formando parte del MSD, sin embargo, hasta la fecha no se ha realizado una evaluación de las mismas y en la práctica muy poco han funcionado.

El PES explícita que son pilares de este plan el Seguro Básico de Salud (SBS), Medicina Familiar y Comunitaria, Escudo Epidemiológico y los programas prioritarios de salud, dentro de los cuales están el programa de Atención Integral a la Mujer y a la Salud Sexual y Reproductiva y la Atención Integral al Adolescente.

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - PNSSR

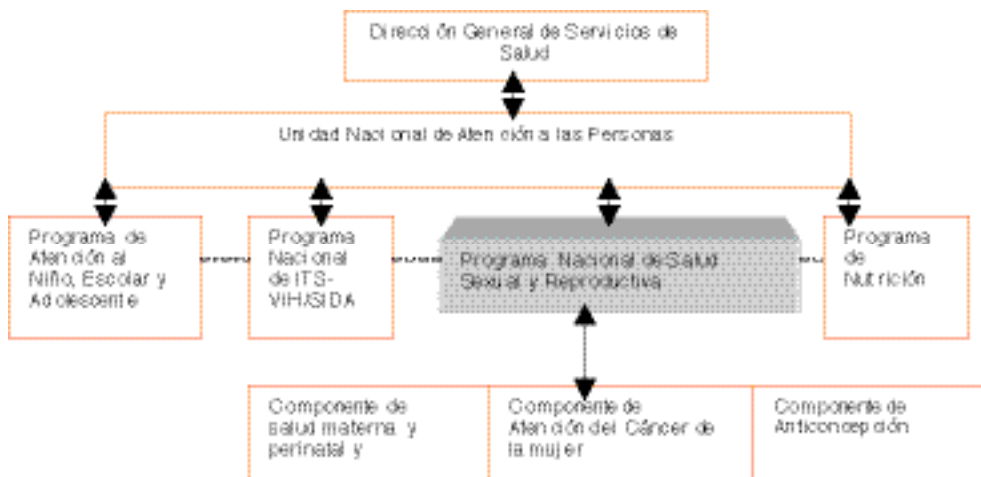
En el Nivel Central, el PNSSR se ubica en lo que fue hasta julio del 2003 la Unidad Nacional de Atención a las Personas (UNAP) ahora, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Esta entidad es la responsable de las Normas, Protocolos y Procedimientos de la salud sexual y reproductiva (SSR) en todos los servicios departamentales de salud. Realiza actividades de supervisión, evaluación y coordinación de programas de capacitación con las diferentes instituciones.

⁵⁴ Comité para el Seguimiento a Beijing (2000) *Íbid.*, p.48.

La oferta de la SSR está incorporada en toda la red de servicios de salud del MSPS. Los servicios deben funcionar en una red en los tres niveles de

atención, esta red debe contar con un sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles mencionados y entre éstos con otras instituciones del sector público, privado y no gubernamental.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – 1997-2002



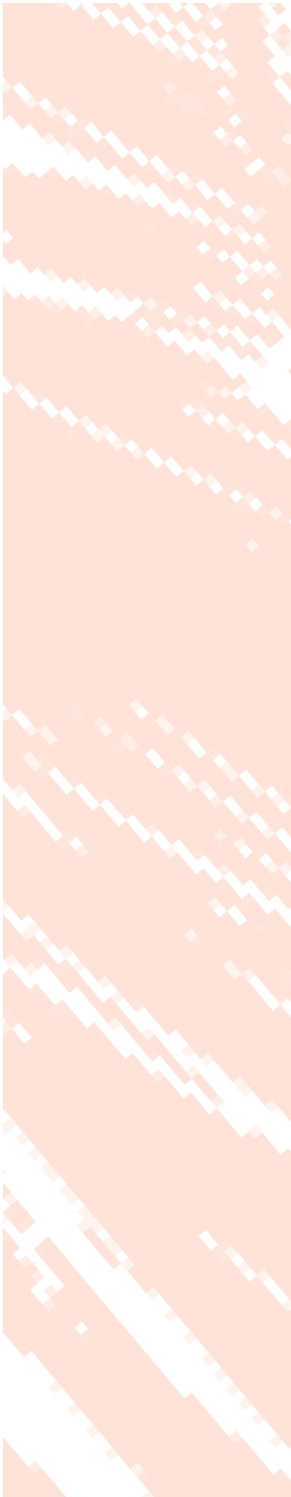
Haciendo un recorrido histórico, el programa de SSR ha mostrado una evolución importante que refleja la influencia de otros sectores (sociedad civil, organizaciones de base, agencias) en el país que de una u otra manera han limitado o impulsado el programa. La historia del programa y de la SSR data un poco más que una década. Se inicia con un debate sobre la planificación familiar y el control de la natalidad para luego convertirse en una política oficial del MSPS. (Rance S; 1994)

Antes que se instaurara el PNSSR, las políticas de salud de la mujer estuvieron enfocadas a la salud materno – infantil con el binomio Madre-Niño que marcó el accionar normativo y operativo de lo que más adelante vendría hacer el Programa de Atención Integral a la Mujer de 1994 a 1997. Desde el Binomio Madre Niño hasta la actualidad el objetivo central del programa ha sido la reducción de la morbi-mortalidad materna.

En la década de los 90s en el marco internacional y nacional del movimiento de mujeres y las conferencias internacionales del Cairo y Beijing, la SSR inició su historia como programa nacional, aunque estuvo enfocado a la mujer y a la reducción de la mortalidad materna, el periodo del 94-97 se caracterizó por los avances más importantes en la SSR desde la salud pública. Fue en este periodo en que oficialmente se habló de SSR, se incorporó abiertamente la planificación familiar como parte del programa.

Casi todas las normas y protocolos para la SSR fueron propuestas en este periodo, con importantes aportes para los derechos de las mujeres. Entre ellas podemos mencionar:

- El Plan de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer, creándose instancias para su Implementación, como son las



Brigadas de Protección a la Familia, los Servicios Legales Integrales y las Defensorías de la Niñez y la Adolescencia.⁵⁵

- La Ley 1674 Contra la Violencia Familiar y Doméstica, que además de castigar la violencia, impulsa procesos de modificación de valores socioculturales basados en el respeto y la solidaridad al interior de las familias.
- El proyecto Violencia Contra la Mujer y Niña (Secretaría de Asuntos de Género, OPS/OMS), se inició en 1996, propone la incorporación de los servicios de salud al tratamiento del problema de la violencia.
- El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996-2002) (D.S. N° 24303) que fue diseñado para ampliar las coberturas y para eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios públicos de salud para las atenciones de embarazo, parto y puerperio. Además incluyó las patologías más importantes del menor de 5 años. Este Seguro estuvo en vigencia hasta 1998 cuando fue ampliado con el Seguro Básico de Salud.

El debate público y el rechazo al programa de los sectores conservadores de la iglesia, hizo que varios sectores de la sociedad civil y agencias cerraran filas en torno al programa dándole un respaldo inédito a favor de las mujeres del país. El gobierno asumió un rol positivo al sumarse a este apoyo y convirtiendo el Programa de Atención a la Mujer en una sus políticas prioritarias.

De 1997 al 2002, la SSR se convirtió en el Programa Nacional de SSR, para incluir también a los hombres y la anticoncepción como un derecho para adultas/os y adolescentes. Los derechos sexuales y reproductivos, empoderamiento, interculturalidad y sexualidad se incluyeron como líneas transversales del programa. En este periodo se incluyó el componente de ITS/VIH Sida que se encontraba en otra dirección de salud. El PNSSR incorporó propuestas de las conferencias del Cairo y Beijing al integrar hombres, adolescentes y derechos en su programa.

La gama de métodos se amplió entre 1997 al 2002 con la inclusión del inyectable trimestral y la anticoncepción quirúrgica voluntaria. El Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva fue otro de los avances en este periodo. “Un hito importante durante este periodo es la creación del Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva como una importante instancia de coordinación y participación de la sociedad civil en todas las fases de accionar del programa”.⁵⁶

Otros aportes normativos corresponden a este periodo:

- El Plan Nacional del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 1998-2002 que se propone lograr un incremento en ejercicio, por parte de mujeres, hombres y adolescentes de sus derechos sexuales y reproductivos. Este esfuerzo ha permitido también la coordinación con el Viceministerio de Asuntos de Género, Ministerio de Educación, Viceministerio de Educación Alternativa y Viceministerio de

⁵⁵ Ministerio de Salud y Previsión Social, UNFPA, UNAP. 2003. *Informe de Consultoría, Evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999 - 2002*: P.4

⁵⁶ Comité para el Seguimiento a Beijing (2000) *Íbid*. P.7

Educación Formal.

- La Resolución Secretarial 457 que prohíbe la expulsión de las jóvenes embarazadas del sistema formal de educación. Con esta Resolución, las adolescentes embarazadas tienen la opción de mejores alternativas de vida y se evita la discriminación a las que siempre han estado sujetas. No obstante, todavía no se aplica en todas las instituciones educativas, por lo que la sociedad civil continua movilizándose para que se ejecute.⁵⁷

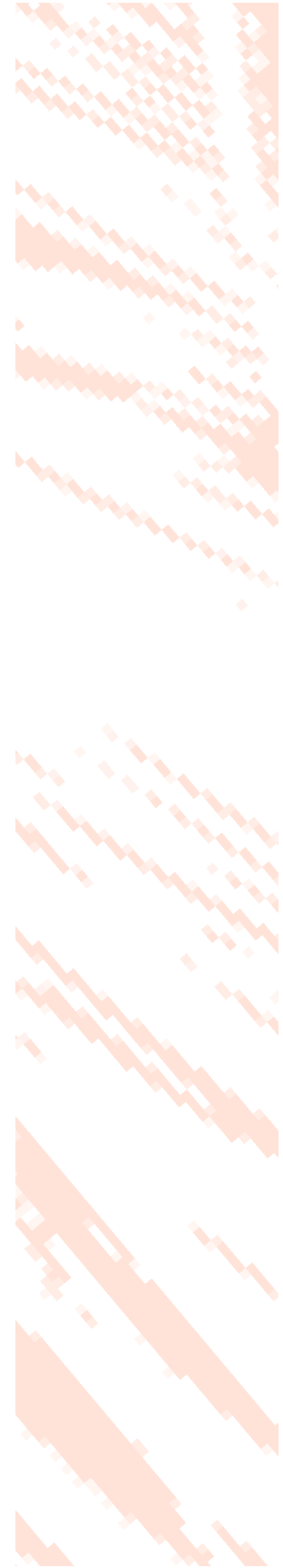
Los planes operativos anuales muestran que desde 1994 hasta el 2000, el PNSSR tuvo una importancia importante en términos de los presupuestos asignados y del apoyo recibido por la cooperación multi y bilateral. De acuerdo con los planes los presupuestos se han ido incrementando, por ejemplo, el presupuesto del año 2000 se incrementó en un 30% con relación al de 1999.

Si bien el PNSSR es una prioridad para el gobierno uno de los problemas es la falta de presupuesto nacional para las actividades del mismo. Esta ha sido una de las debilidades más sobresalientes del programa, pues el mismo ha dependido de la cooperación externa de organismos bilaterales: USAID, cooperación británica (DFID) y cooperación alemana (GTZ). Organismos de cooperación multilateral como OPS/OMS y UNFPA y organismos de cooperación multilateral financiera más importantes son el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. Estos últimos han centrado su apoyo a la reforma de salud.

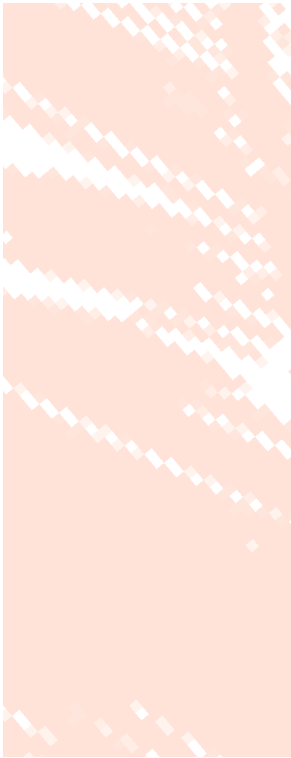
Aunque el soporte de la cooperación externa ha sido fundamental para la existencia del programa en el nivel central y regional, el gobierno no ha consolidado una estrategia de sostenibilidad financiera e institucional. Particularmente el programa ha mostrado su vulnerabilidad en estos últimos años cuando las agencias bilaterales están en vías de finalizar sus convenios con el gobierno.

El escaso margen de autonomía en las decisiones nacionales para el programa de SSR por la dependencia externa, principalmente de USAID, debilitó el programa nacional entre 1999-2002. El departamento de Salud de USAID influenció las líneas de acción del programa nacional. Si bien permanecieron los componentes como anticoncepción, ITS, VIH-SIDA y salud materna y perinatal, estos se manejaron con una visión conservadora. Los derechos sexuales y reproductivos se vieron limitados a la elección informada de los métodos anticonceptivos, pero el aborto, y la anticoncepción de emergencia fueron vetados en el programa. De hecho, gran parte de las ONGs que recibían apoyo de USAID en SSR, tuvieron que comprometerse a no incluir o trabajar estos dos temas como condición del financiamiento recibido.

Una evaluación reciente del PNSSR para el período 1999-2002 concluye que el conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es insuficiente. Asimismo, señala como resultado cualitativo negativo la no implementación de la oferta con enfoque de género e interculturalidad.⁵⁸ En



⁵⁷ Ministerio de Salud y Previsión Social, UNFPA, UNAP, 2003, *Íbid.*:81-82



58 En el año 2000 Bolivia cumplió quince años realizando grandes reformas estructurales en un ambiente democrático. Todas las medidas lograron restablecer la estabilidad económica, estimular un moderado crecimiento y reducir el déficit fiscal. Sobre esta base, Bolivia inició la segunda generación de reformas, entre las que se encuentran la Descentralización, la privatización y capitalización de empresas públicas, la Reforma Educativa y la Reforma del Estado. En este contexto y reconociendo que la reducción de la pobreza es un objetivo del Estado Boliviano y no de una gestión de Gobierno, el país emprendió el Diálogo Nacional 2000 con amplia participación de la sociedad civil, que constituye la base para formular una Estrategia de Reducción de la Pobreza para los próximos años. (Grupo Consultivo, 2000)

consecuencia, se recomienda al PNSSR “continuar fortaleciendo el ejercicio de los derechos” y “planificar y fortalecer procesos de empoderamiento”.

La evaluación también señala la irregularidad en la aplicación de las normas, la no utilización de la información producida por el SNIS como instrumento de gestión. También se hace referencia a problemas vinculados con la alta rotación de personal y la falta de seguimiento a los subprogramas y sus actividades.

En tanto resultados positivos cabe citar la existencia de ciertos esfuerzos a nivel municipal para la capacitación de líderes y la utilización, también en algunos municipios, de instrumentos de vigilancia comunitaria. En cuanto a la producción de servicios, los datos muestran una tendencia ascendente, al igual que el incremento en la cobertura de control prenatal y atención de parto por personal de salud.

Síntesis de la evaluación:

Logros:

- Documento normativo
- Mejoramiento de la calidad
- Foro Nacional por la SSR
- Elaboración de manuales y normas de subprogramas
- Percepciones favorables de la comunidad relacionadas a la disminución de la tasa global de fecundidad, mortalidad materna y calidad de atención, y al incremento de las coberturas de atención a la mujer embarazada.

Dificultades:

- Insuficiente distribución, implementación y seguimiento del documento normativo del programa.
- Alta rotación de personal.
- Poca información del alcance del programa a los proveedores.
- No se realizó monitoreo y seguimiento, ni una evaluación periódica.
- Insuficiente equipamiento e insumos que garanticen la capacidad de respuesta.
- Deficiencias en la gestión de la UNAP y jefatura de programa.
- Pérdida de liderazgo
- Falta de coordinación entre el nivel nacional y departamentales.
- Poca flexibilidad ante las nuevas corrientes y cambios políticos.
- Falta de apoyo, continuidad y fortalecimiento del FORO por la jefatura del programa.
- Desaparición progresiva de las estrategias de IEC.

Lecciones aprendidas:

- Las políticas públicas como el SBS favorecieron la reducción de las barreras al acceso de los servicios.
- La coordinación interinstitucional fortaleció al PNSSR.
- El liderazgo de la UNAP es fundamental para el buen

funcionamiento del PNSSR.

- La capacitación integral y coordinada de los RRHH y la adecuada difusión de normas y manuales de atención permiten el mejoramiento de la calidad de atención.
- La incorporación del sector privado con estrategias de mercadeo social mejora la producción de servicios.
- La disponibilidad de insumos (en particular anticonceptivos) debe estar asegurada mediante un adecuado plan de financiamiento.
- La dotación de insumos (en particular en el área rural) se entorpece por la deficiente integración y burocratización de los organismos encargados de la actividad logística.
- Los logros de objetivos de PNSSR son difíciles de alcanzar sin un sistema adecuado de supervisión.
- La coordinación entre los niveles centrales y departamentales no fue suficiente y esto dificulta la consecución de los logros.
- El seguimiento de los componentes del PNSSR se dificulta porque los indicadores no llenan complemente criterios de pertinencia, mensurabilidad y objetividad.

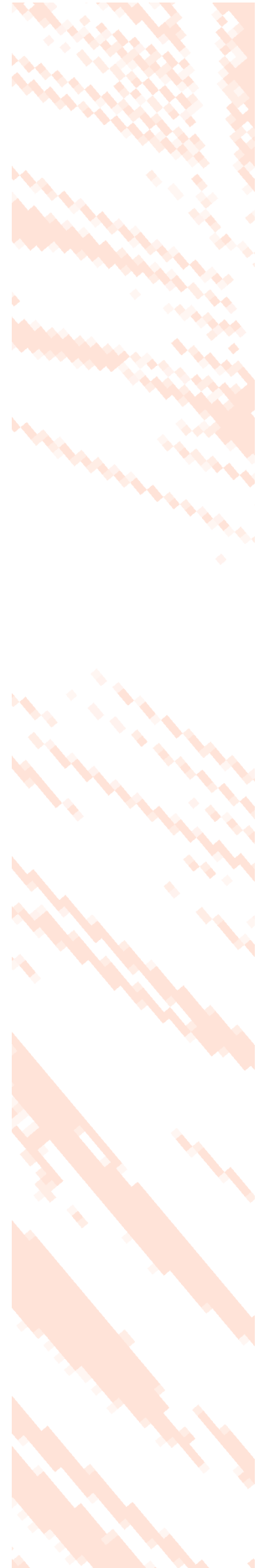
Entre las recomendaciones se hace referencia a la elaboración de un nuevo Programa “con elementos de planificación estratégica” y partiendo de una mayor coordinación con el SUMI. Asimismo, se enfatiza como contexto del nuevo programa la nueva Política Nacional de Salud, que tiene como meta la “Seguridad Social Integral y Universal”.

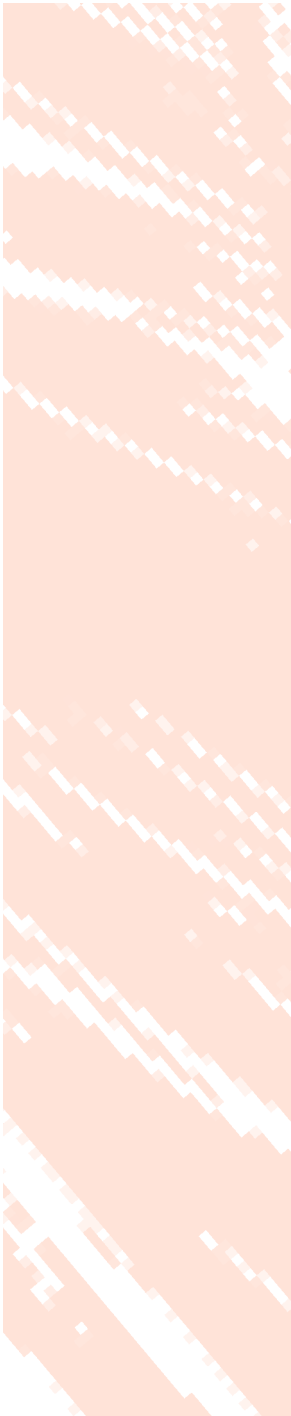
A partir de julio del año 2003 la DDSS está trabajando en un nuevo programa nacional 2003-2008 que a la fecha no ha sido aprobado. En su documento borrador el nuevo programa señala como principios y valores que destacan:

- La salud sexual y reproductiva como un derecho humano inexcusable.
- La salud sexual y reproductiva va de la mano de discriminación étnica, generacional y de género.
- Respeto a las decisiones sobre la sexualidad y fecundidad de las mujeres.
- La información veraz, completa, objetiva y oportuna es un derecho.
- Todas las parejas e individuos tienen el derecho y la facultad de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos.

Como meta se propone reducir la mortalidad materna y neonatal en un 40% para el año 2008 y en un 75% para el año 2015 en concordancia con las Metas del Milenio, respecto a los niveles de 1990. Comprende algunos de los componentes de programas anteriores:

- Atención a la mujer gestante y al recién nacido. Que se ocupará de la salud de la mujer durante el embarazo, parto, postparto, complicaciones del aborto. Salud del recién nacida hasta los 7 días de vida. Tiene el propósito de facilitar la maternidad y el nacimiento seguros.





- Anticoncepción. Que se encargará de brindar servicios de anticoncepción e información a adolescentes, mujeres, y varones.
- Atención del cáncer ginecológico. Se ocupará de la prevención y control del cáncer de cuello uterino y de mama.
- Atención a las infecciones de transmisión sexual y de VIH/SIDA.

5.3. Reforma en Salud

Desde 1997 se implementó la Reforma en Salud como un proyecto con miras a mejorar los indicadores de desarrollo humano en el área de salud. Tanto el proceso de Reforma como los acuerdos (descentralización y municipalización de la salud) fueron adoptados en el Diálogo Nacional del año 2000⁵⁹, que se están implementando en forma paulatina.

El Plan de Desarrollo Económico y Social (PGDES) estableció para el periodo 1997 –2002 los cuatro pilares que sostuvieron la política del gobierno: Equidad, Oportunidad, Dignidad e Institucionalidad. La Reforma en Salud se enmarca en el pilar Equidad, dirigido a la lucha contra la pobreza.

El pilar Equidad es una visión integrada basada en el concepto de desarrollo humano que reconoce las interacciones entre los diferentes actores y sectores del proceso de desarrollo y el funcionamiento del sistema social.

La Reforma del Sector Salud busca impulsar un proceso político y operativo que sea económicamente sustentable. Se propone que la reforma debe ser gradual (en fases), que se pueda medir y centrada en superar la pobreza y aumentar la equidad.

La base de esta propuesta era el Seguro Básico de Salud (SBS), los compromisos de gestión, el escudo epidemiológico y la profundización del proceso de descentralización. Las tres líneas estratégicas principales de la Reforma son:

- La reducción de la mortalidad materna e infantil
- La prevención y el control de las enfermedades endémicas principales en el país
- El fortalecimiento institucional y la descentralización del sistema de salud del país

El actual MSD es la instancia ejecutora de la Reforma a través del proyecto de Reforma, por su parte, el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS) fue establecido en el 2000 mediante DS No. 25984 es la agencia responsable por el financiamiento de programas y proyectos en las áreas de salud y educación en el territorio boliviano.

Reforma en Salud: Primera Fase (1997-2000)

En la primera fase se buscaba⁶⁰:

1. Mejoramiento de la cobertura y calidad de la red de servicios de salud de todos sus niveles y el empoderamiento de las comunidades:

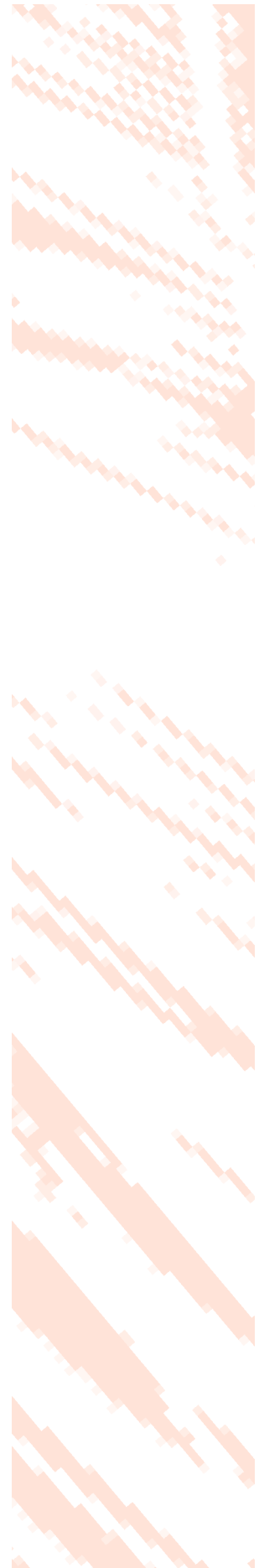
59 Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad de Reforma en Salud, 2002, "Para Vivir Mejor POA 1997-2002". Presentación en Power Point.

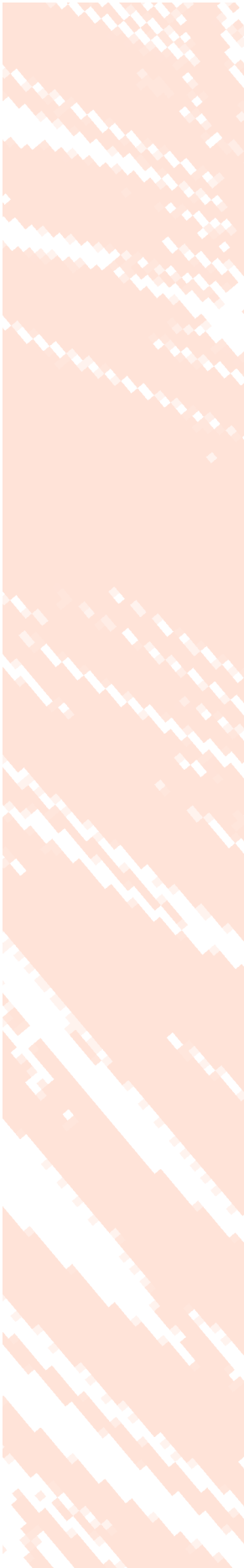
60 Lavadenz F, 2001. "Reforma de Salud en Bolivia II Fase". Ministerio de Salud y Previsión Social, presentación en Power Point.

- Apoyo a la implementación de un nuevo plan de inmunizaciones (PAI II)
- Implementación de nuevas estrategias de atención a las enfermedades prevalentes de la infancia y materno – neonatal. (AIEPI - PMN)
- Financiamiento de subproyectos locales a través del Mecanismo de Asignación de Recursos (MAR)

2. Fortalecimiento de la capacidad local para responder a las necesidades en salud:

- **Seguro Básico de Salud (SBS):** Como política principal de la Reforma. El SBS fue creado mediante Decreto Supremo N° 25265-1998, constituyó el paquete ampliado de servicios básicos de salud para la niñez, la mujer y la población en general, con 92 prestaciones. Se ofertó a partir de marzo 1999 hasta diciembre de 2002 en la red de establecimientos de salud del MSPS. El SBS tuvo la meta de reducir la mortalidad materna e infantil, con importantes prestaciones de salud. El SBS fortaleció al programa nacional de SSR ya que incluyó las prestaciones en forma gratuita de mujeres hombres y adolescentes a la anticoncepción, prenatal, parto, postparto, atención de las hemorragias del primer semestre del embarazo (aborto) detección de cáncer cérvico uterino y las infecciones de transmisión sexual (ITS). El financiamiento del SBS tuvo como fuente principal al municipio que aporta el 6.4% de sus recursos de coparticipación tributaria, para cubrir los costos de consulta, medicamentos e insumos de algunas prestaciones incluidas en el paquete, transporte de emergencias obstétricas y visitas a comunidades rurales que no tienen servicios de salud. Aunque este monto no fue suficiente, el aporte municipal se considera un logro a través de la firma de Convenio entre gobiernos municipales y el MSPS (Cárdenas M; 2000: 27.)
- **Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).** Fortalecimiento del sistema de información computarizado en SEDES y nivel central con la creación de registros: cuadernos diarios de producción de servicios.
- **Fortalecimiento a la supervisión** (Compromisos de Gestión) y administración de redes locales (descentralización - distritos) Se implementó la modalidad de gestión por resultados con la participación de municipios, MSPS, SEDES, Distritos de salud. Representaron instrumentos de planificación, administración y control que establecen derechos y deberes entre dos entidades públicas. Su objetivo fue operativizar la descentralización y la delegación de funciones en el sector salud. Además se dio prioridad a la intersectorialidad con otras dependencias del gobierno como el Ministerio de educación, Medio Ambiente, Pueblos Indígenas y Originarios y otros.





- **Escudo Epidemiológico:** Acciones para interrumpir la transmisión vectorial y prevenir la enfermedad de Chagas. Su objetivo fue contribuir a la reducción de la morbimortalidad asociada a las enfermedades transmisibles altamente prevalentes en el país. Se dividió en dos componentes: a) Control de prevención y tratamiento de las enfermedades de Chagas, Malaria y tuberculosis. b) Modernización y fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia.

3. Coordinación, monitoreo y evaluación

- Financiamiento de procesos de coordinación operativa y de monitoreo y evaluación de todas las actividades del Proyecto (indicadores)
- Apoyo a las políticas estratégicas y reformas institucionales del Ministerio de Salud:
- Poblaciones beneficiadas de 5 departamentos: Chuquisaca, La Paz, Oruro, Cochabamba y Santa Cruz para la implementación del proyecto y de la evaluación del mismo.

En su primera fase el Proyecto de la Reforma en Salud giró en torno al SBS. Las otras propuestas fueron desarrolladas parcialmente o al menos no con tanto énfasis, se podría decir que en este periodo el proceso de Reforma estuvo orientado al aseguramiento social.

Indudablemente que el SBS brindó la oportunidad de mejorar las condiciones de la SSR de hombres, mujeres y adolescentes, incluyendo no sólo la atención prenatal y post natal en forma gratuita, si no permitiendo el acceso gratuito a la planificación familiar, ITS/VIH/SIDA y hacia finales del 2001 la incorporación de la prestación de diagnóstico y tratamiento (conización) del cáncer de cuello de útero.

En este sentido la Reforma significó una oportunidad para el acceso a servicios de salud. Sin embargo, no se previó claramente la sostenibilidad, de todas las prestaciones y sus insumos. Uno de problemas que se enfrenta en la actualidad es la falta de aseguramiento para insumos de SSR. Hasta el 2004 se prevé los anticonceptivos en forma gratuita porque siguen siendo donados. Una vez termine el compromiso entre la agencia cooperante con el Gobierno, este último tendrá que asumirlo. Algunos esfuerzos para asegurar la compra de anticonceptivos por parte de los municipios se iniciaron desde el 2001, sin embargo, todavía no hay un convenio oficial entre MSD y municipios. Lo mismo acontece con insumos para la detección del cáncer de cuello de útero y para las infecciones de transmisión sexual.

La primera fase fortaleció el tercer nivel de atención y no favoreció los servicios de primero y segundo nivel y muchos menos el área rural. Por tanto, se cuestiona el objetivo de la Reforma en la reducción de la pobreza.

Segunda Fase de la Reforma (2001 – 2005)

En agosto del 2001 se suscribe nuevamente el acuerdo entre el gobierno de

Bolivia y la Asociación Internacional de Desarrollo (AID) de la banca multilateral para la implementación de la segunda fase del Proyecto de Reforma. Se espera que el proyecto concluya antes del 31 de diciembre del 2005. Como en la primera fase, la Unidad de Reforma de Salud dependiente del MSD es la encargada de ejecutar el proyecto.

El objetivo del Proyecto es reducir la tasa de mortalidad materna - infantil en Bolivia por medio de la extensión de cobertura y calidad de los servicios de salud y por medio del fortalecimiento de la capacidad local de responder a las necesidades de salud.

Para definir los objetivos se tomó en cuenta los siguientes desafíos:

- Transferencia de recursos humanos profesionales a los municipios
- Zonas dispersas
- Calidad de atención - especialmente partos
- Seguridad Social
- Sector Privado
- Completar el Escudo Epidemiológico
- Brotes epidémicos y mitigación de desastres
- Calidad de información
- Nueva legislación en salud
- Matriz ordenadora de inversión ideal

En este proceso la Organización Panamericana de la Salud – OPS, y la agencia de Naciones Unidas para la infancia – UNICEF, brindan asistencia técnica para la supervisión en los paquetes maternos neonatales y en la compra de vacunas y jeringas para campañas de inmunización que debe comprarlos en mercados competitivos no restringidos.

El nuevo proyecto pone énfasis en el fortalecimiento de resultados/evaluación, en la sostenibilidad institucional y financiera del SBS e inmunizaciones. La contratación y capacitación de equipos de salud itinerantes combinados con agentes comunitarios contribuirá a mejorar la salud de las poblaciones remotas.

La segunda fase propone⁶¹:

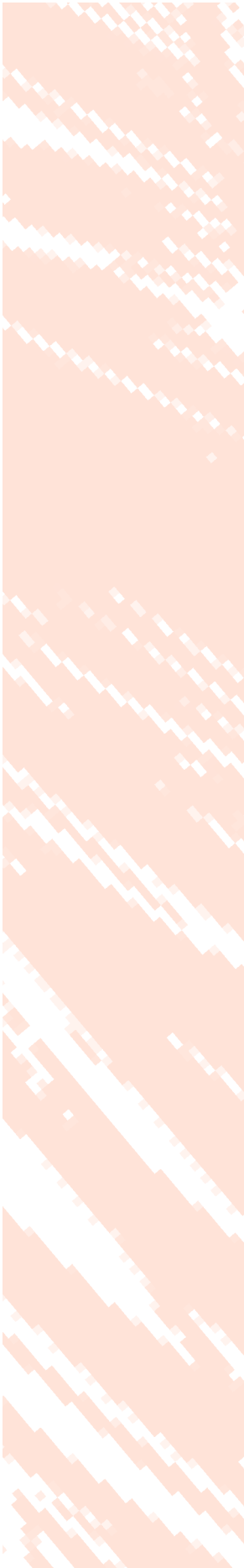
1. Creación del programa Extensión de la Salud (EXTENSA) que tiene la finalidad de mejorar las coberturas y el acceso a los servicios de salud, con 5 componentes:

- Identificar modelos de salud familiar y comunitaria existentes
- Sistematizar experiencias de modelos piloto
- Masificar salud familiar
- Manual operativo
- II Encuentro Internacional de Salud Familiar y Comunitaria

2. Brigadas de Salud (BRISAS) son equipos que proveen servicios de salud en áreas rurales del territorio del país con agentes comunitarios



61 Resumen de Presentaciones Coloquio: "Salud y la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza (EBRP)", 2003 Mecanismo Nacional de Control Social de Bolivia, Acción Internacional para la Salud, Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor en Bolivia, Fundación por la Naturaleza y la Vida.



locales; profesionales de salud ambulantes y enfermeras auxiliares.

3. Agente comunitario del SBS

- Generación del programa de agentes comunitarios de salud
- Organización de la demanda
- Articulación de la oferta

4. Telemedicina

- Fortalecer Biblioteca virtual en salud
- Integración de los distritos de salud en red a través de Internet
- Estructuración de un sitio de encuentro
- Estructuración e implementación del programa de telediagnóstico
- Creación e implementación del programa de diagnóstico informado

5. Salud con identidad

- Ampliación de la estrategia de “Willakunas” en los establecimientos de salud
- Maestría de antropología médica
- Capacitación de auxiliares de enfermería para grupos originarios e indígenas
- Barrera cultural
- Experiencias locales

6. Calidad de atención

- Mejora continua
- Certificación
- Facilitadores estructurales
- Visión comunitaria de calidad
- Observatorio de la calidad
- Incentivos
- Mala praxis

La segunda fase del Proyecto de Reforma continúa haciendo énfasis en la salud materna e infantil con el objetivo de la reducción de la mortalidad materna e infantil. Incorpora algunos aspectos importantes referidos a la extensión de coberturas y los equipos de salud en áreas remotas, mostrando un interés para que la población tenga más acceso a la prevención de la morbi mortalidad. Aunado al SBS, se continuó con el Seguro a la Vejez que se sostiene con 40% de recursos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN) y 60% de la seguridad social. Los beneficiarios de este seguro son hombres y mujeres mayores de 60 años que no cuenten con ningún seguro social.

Uno de los factores para no tener una visión del avance del proyecto de la Reforma en su segunda fase fue el cambio de gobierno en el 2002. Si bien, en sus principios y objetivos generales se continuó con el compromiso adquirido en el 2001, el nuevo Seguro Materno Infantil (SUMI) ha sido la estrategia

central de este último año.

La EBRP y la Reforma en Salud

Se considera a la salud sexual y reproductiva como un derecho fundamental y por tanto se constituye un elemento importante de las políticas nacionales de salud. El Plan Estratégico de Salud –PES – 1997-2002 y el PGDES se basaron en el pilar Equidad que tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de las mujeres.

En una exposición el entonces Ministro de Salud, Javier Torres Gotia, mencionó que el sector salud estaba desarrollando iniciativas que pretendían mejorar las condiciones y el acceso a los servicios de salud, en conformidad a lo previsto en la EBRP.⁶²

Señaló que, de un promedio de USD 100 millones anuales, que se prevé como parte de la iniciativa HIPC a Bolivia (USD 1500 millones en 15 años, con un promedio de 100 millones por año), 10% de los recursos se asignan a Salud, 20% a Educación y un 70% a Proyectos productivos. Los Recursos Humanos en Salud contratados con estos fondos HIPC, suman, aproximadamente 2.209, entre profesionales y trabajadores de salud. Estos recursos humanos, están colaborando en todos los programas de Salud, entre ellos el programa denominado EXTENSA, en el marco del proyecto de reforma de Salud en Bolivia (IBID)

En la asignación de recursos se priorizó establecimientos de primer nivel de atención que corresponden a la atención primaria de salud. Solo en caso de existir remanentes se deberían asignar al tercer nivel.

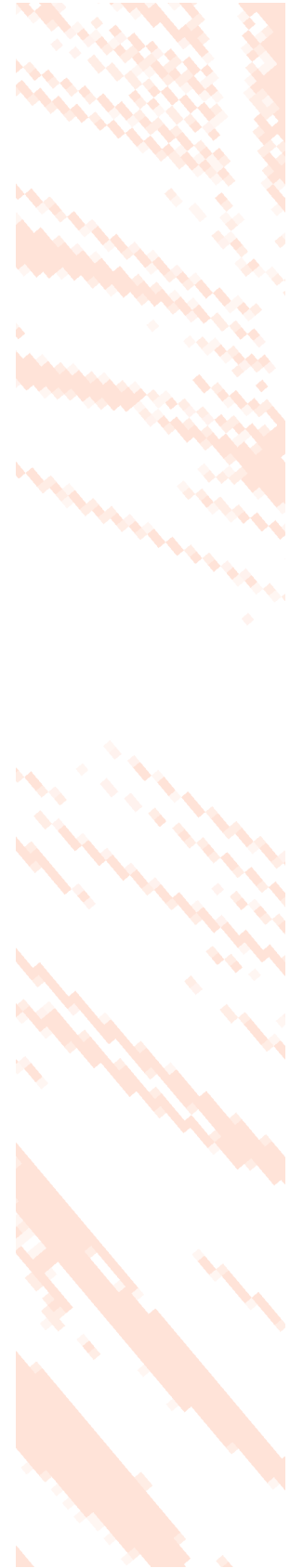
Se prevé que la implementación y continuidad de los diferentes programas de salud diseñados por el sector para el periodo 2003 a 2007 implicará requerimientos adicionales de recursos destinados tanto a la contratación de nuevos recursos humanos como a la reestructuración del personal de salud. (UDAPE, 2002:62)

La medida adoptada es el Seguro Materno Infantil – SUMI que establece la universalización de la atención médica gratuita para mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto y para niños y niñas menores de 5 años. Se amplía el paquete básico de prestaciones a de 96 (anterior SBS) a 406 con el SUMI. La población beneficiaria serán: 1.100.000 niños/as menores de cinco años y a más de 250.000 madres. Medicamentos e insumos serán financiados con aportes municipales, en tanto que EXTENSA y BRISAS para la ampliación de coberturas.

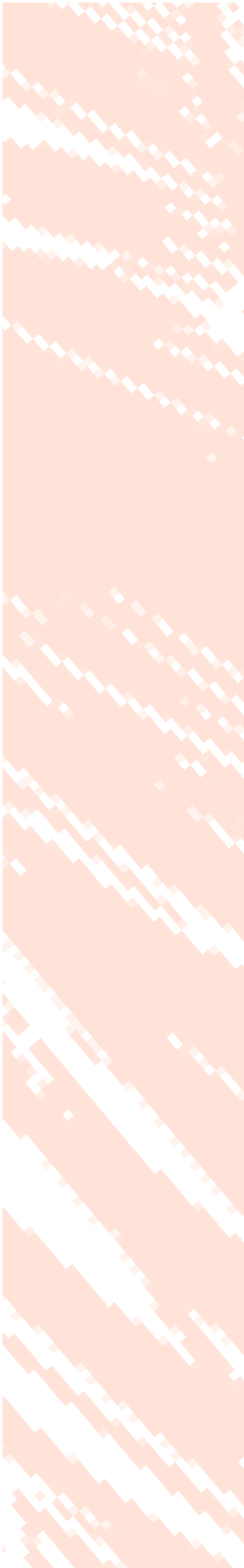
Dificultades en la aplicación de la Reforma en Salud

El periodo de reforma del 2000 al 2002 deja los siguientes vacíos:

- Débil compromiso municipal con los gastos en salud
- Falta de capacitación municipal para la ejecución de gastos con un enfoque de costo / efectividad
- Insuficiente calidad de atención en los servicios de salud
- Ausencia del enfoque de derechos sexuales y reproductivos, género e



⁶² La Reforma en el contexto de los DSSR, 2003. Presentación en Power Point, Oaxaca, México.



interculturalidad. Únicamente hubo una carta que se publicó en forma de afiche sobre los derechos de la mujer embarazada.

- Problemas en la contratación y pago de salarios de recursos humanos contratados con HIPIC II. Selección y contratación de personal no cumplió con todas las disposiciones establecidas, burocracia en los trámites, médicos/as no aceptaron ir a las áreas rurales
- Desconocimiento de la población de los beneficios del SBS
- Falta de claridad en la oferta de prestaciones gratuitas y aquellas con costo, generando desconfianza en la población usuaria.
- Enfoque a pequeña escala de la salud familiar y comunitaria, sin conocerse los resultados de la misma.
- Falta de coordinación en las políticas intersectoriales de salud, afectando los enfoques de sexualidad en educación. El programa de Reforma Educativa cuestionó el programa e inició un proceso independiente del sector salud.
- El enfoque estratégico de la familia se impuso sobre las consideraciones de los derechos individuales por la salud.

En el Coloquio sobre la EBRP los/as participantes manifestaron:

- Se requiere esperar algunos resultados para ver la coherencia entre el Proyecto de la Reforma en salud con la EBRP y si habrá un impacto en favor de los pobres.
- Hay poco énfasis de las Políticas de Salud en los aspectos de Prevención y Promoción de la Salud (nutrición, suministro de agua potable, saneamiento básico)
- Apatía para encarar programas de educación comunitaria en salud y brindar información no “politizada” sobre salud.
- Se destacó que es positivo que dentro del Programa Extensa, se incluyan aspiraciones poblacionales, como una mayor participación de los pueblos indígenas, originarios y campesinos, en especial de grupos vulnerables (mujeres en edad fértil y gestantes, infantes, niños y niñas menores de cinco años), control vectorial, atención de enfermedades endémicas y emergentes, salud sexual y reproductiva y salud ambiental.
- Se cuestionó el uso de los recursos HIPIC, que deberían destinarse a áreas rurales y del primer nivel, han sido designados a hospitales de segundo y tercer nivel, donde los pobres raramente acceden. En el tercer nivel de atención se han gastado el 38.8% del total gastado en la contratación de personal de salud con recursos HIPIC, en tanto que en el primer nivel de atención, donde se encuentra la mayor incidencia de la pobreza apenas se ha destinado apenas el 25.4% del presupuesto ejecutado.
- La Reforma en salud, acrecienta la deuda externa del país, proponen que se debería focalizar el gasto público en salud, en grupos vulnerables de mayor pobreza y ampliar el rol del sector privado en la provisión y financiamiento de servicios en los niveles de atención médica de mayor

especialización y costo.

A partir del 2002 algunos puntos importantes han sido señalados para la discusión⁶³:

- ¿Alcance y cobertura?
- ¿Derechos?
- ¿Equidad, eficiencia y efectividad?
- ¿Transformación de los sistemas de salud?
- ¿Financiamiento?

Sigue siendo un desafío el sector privado que no ha sido incluido en las dos fases de la reforma. En relación al control social con la Ley del Diálogo 2000 se recomienda fortalecer este control. El 15 de marzo del 2002 se crea el directorio del Mecanismo Nacional de Control Social con un mandato de dos años. Entre los roles de los síndicos está el de recoger información para transmitir a la sociedad civil, emitir opiniones de defensa de los derechos de los ciudadanos, controlar el adecuado manejo de los recursos, promover la toma de adecuadas decisiones y denunciar los hechos irregulares. Es poco conocimiento que se tiene del mecanismo de control social e incluso a la fecha no hay informes sobre el desempeño de sus roles y logros obtenidos en relación a la salud.

Se cuenta con las defensorías de la salud que no fueron creadas en el contexto de la Reforma. Las defensorías han representado los intereses municipales y del sector, más que de la población usuaria.

Por otra parte la Defensoría del Pueblo no ha sido una instancia de coordinación para la Reforma, y no ha jugado ningún rol en la Reforma. Se ha conformado el Observatorio de la Calidad, pero no se conoce claramente sus funciones, quienes lo conforman y cuales son los criterios de calidad que lo delinear.

5.4. Nuevos Marcos de la Salud Sexual y Reproductiva

Seguro Universal Materno Infantil

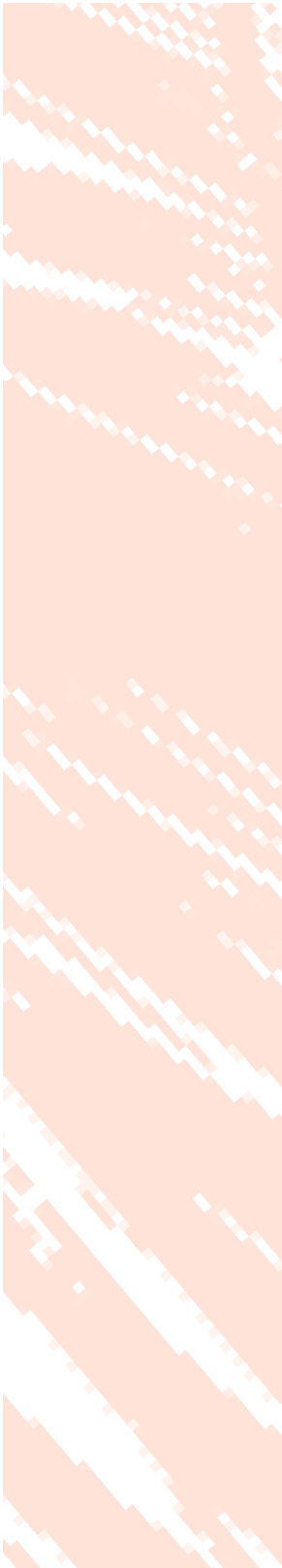
Con la Ley 2426 de enero 2003:

El SUMI representa un cambio político que limitó la integralidad del programa y el acceso a la población en general. Esta nueva Ley ha sido el foco

- I. Se crea el SUMI en todo el territorio nacional, con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:
 - a) Mujeres embarazadas desde inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto
 - b) Los Niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad
- II. Las prestaciones del SUMI cuando corresponda, se adecuarán y se prestarán mediante la medicina tradicional boliviana, donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.
- III. El SUMI es una prioridad de la EBRP



63 Las manzaneras de la salud son mujeres de barrios urbanos que tienen a su cargo una “manzana”, área específica de viviendas. Ellas brindan información en salud primaria y hacen referencia a los centros de salud de embarazadas y niños menores de cinco años.



de la política general de salud y en particular de la SSR.

Además con la promulgación de la Ley se estableció un nuevo modelo de gestión de la salud de base municipal con los Directorios Locales de Salud – DILOS, que deben asegurar el cumplimiento de la ley y la prestación de los servicios con administración eficiente, participativa, descentralizadas de las redes de servicios y las redes sociales de salud:

Quizá uno de los componentes que puede garantizar un cambio más alentador para la SSR y el ejercicio de los derechos son las redes sociales.

Artículo 5 (red de servicios de salud): red de servicios de salud conformada por establecimientos de 1, 2 y 3 niveles de atención

Artículo 6 (DILOS) se crea el Directorio Local de Salud como máxima autoridad en la gestión de salud en cada municipio. El DILOS será responsable de la implementación del SUMI, administración de la cuenta municipal de salud y el cumplimiento de la política nacional de salud conformado por:

El alcalde municipal o su representante, quien lo presidirá
 Un representante del comité de vigilancia municipal
 Un representante del SEDES

Están concebidas como instancias de gestión social que permiten la participación ciudadana y el control social de la salud en el ámbito de la jurisdicción municipal, con la finalidad de movilizar individuos, familias y comunidades para el mejor control de las actividades realizadas para contribuir a mejorar el estado de la salud.

La participación en las redes sociales es de carácter voluntario. Su propósito es la movilización comunitaria por la salud. Son sostenibles, en la medida que proviene de organizaciones territoriales de base y otras organizaciones comunitarias. A la fecha se cuenta con manzanas de la salud⁶⁴, defensores/as de la salud y dirigentes de juntas vecinales, sindicatos campesinos, pueblos Indígenas y originarios, comités de vigilancia. La politización o partidización de las redes pueden llegar a distorsionar la participación y movilización comunitarias.

Dentro las prestaciones del SUMI se señalan la promoción, prevención de salud, acompañadas de actividades de asistencia, curación y rehabilitación, es decir que incluye una atención ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico, insumos, medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales. El SUMI también cubre transporte de referencia y contrarreferencia manteniéndose la vigencia de los Programas Nacionales.

El SUMI garantiza recursos humanos técnicos y financieros con base al TGN y la coparticipación tributaria vía la totalidad de los municipios del país, para la atención adecuada y sin costo de embarazadas hasta los 6 meses después del parto y de los niños y niñas menores de cinco años.

A diferencia del anterior seguro (SBS), el SUMI tiene un financiamiento más sólido y en lo que respecta a las prestaciones de la madre y el niño, éstas

64 Informe del Secretario General de Naciones Unidas, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, septiembre 2003 (Folleto)

se han incrementado a favor de estos grupos.

Las fuentes de financiamiento del SUMI son:

1. Participación Popular (Coparticipación Tributaria) 10% para el financiamiento de insumos, servicios y medicamentos esenciales del SUMI
2. Tesoro General de la Nación para remuneración de recursos humanos.
3. Cuenta especial del Diálogo 2000 para financiar insumos, servicios y medicamentos conforma el Fondo Solidario Nacional en caso que los recursos de la Participación Popular sean escasos

Varios grupos de la sociedad civil así como algunas agencias de cooperación han visto con el SUMI un retroceso para la SSR. La vuelta al enfoque materno- infantil, priorizando estrategias de maternidad segura, debilitando la atención de los otros componentes de SSR. Este no cubre a las/os adolescentes, la mujeres en edad fértil no embarazadas y los hombres. Las principales críticas son:

- No es un seguro gratuito porque se paga con el impuesto de los/as bolivianos/as
- No hay provisión oportuna de insumos
- Poca o escasa información sobre las prestaciones
- Escasa protección a las madres trabajadoras
- Falta de un enfoque de género y equidad
- Falta de coordinación entre programas como el SUMI y el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales de Bolivia (PNMBOL), así como entre muchos otros programas
- Conceptualización conservadora de programas verticales de salud
- Falta de coherencia entre políticas nacionales de salud a cargo del MSD y los diferentes ejecutores del sistema de salud, así como entre gobiernos departamentales y locales (Municipios).

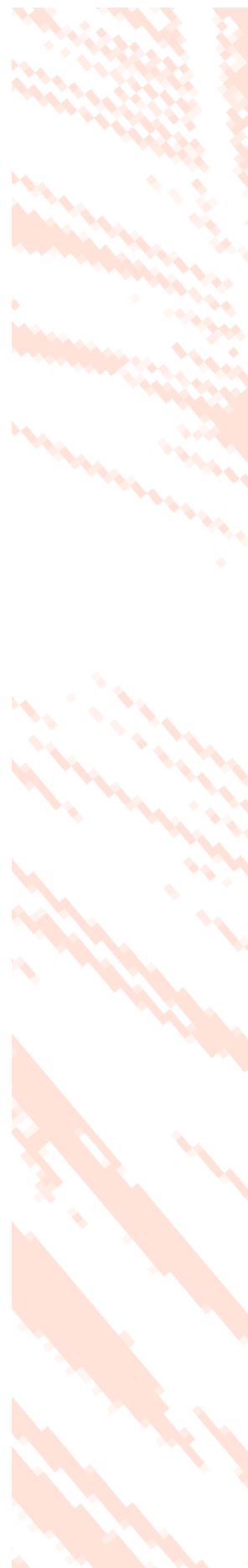
Proyecto de Ley de la Salud Sexual y Reproductiva

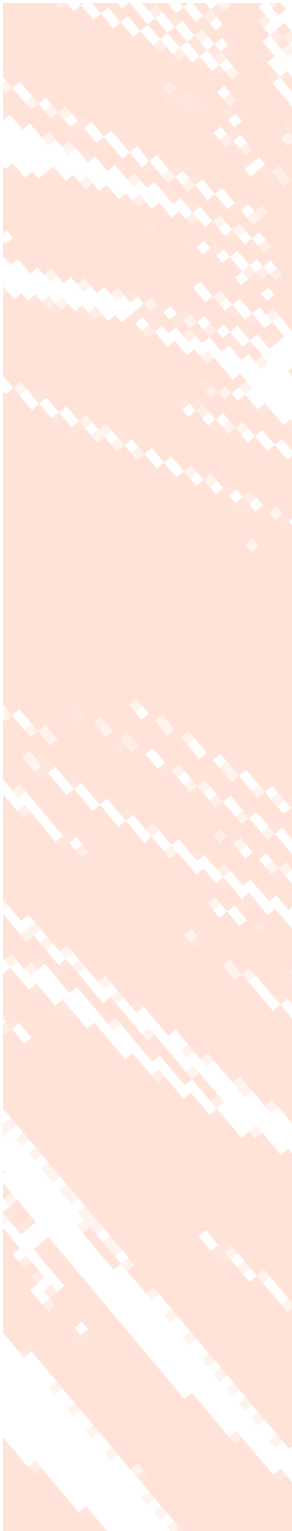
Se ha realizado una propuesta para asegurar las prestaciones de la SSR a toda la población sin discriminación de etnia, género, generación y clase. Este proyecto incluye actividades de prevención, diagnóstico y curación en orientación, consulta ginecológica, anticoncepción, cáncer de cuello uterino y de mama, ITS, VIH/SIDA.

La propuesta sería debatida en el parlamento a fines del 2003 o principios del 2004, con el cambio de gobierno y la crisis social y política la Ley ha pasado por el momento al olvido.

Metas del Milenio

El sector salud enfoca sus acciones y programas para cumplir con la metas del milenio establecidas en la Declaración del Milenio en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, Nueva York, 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio se constituyen en los acápites más importantes de la





agenda global del desarrollo. Los objetivos deben alcanzarse en un plazo de 25 años entre 1990 y 2015. Existe una lista común de 18 metas y más de 40 indicadores de los cuales se cuenta con apoyo de la Naciones Unidas, del Banco Mundial y del Fondo monetario Internacional para efectuar el monitoreo a nivel global, regional y nacional.

El objetivo 5 de las metas del milenio es la de Mejorar la Salud Materna con la reducción de las tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna. El objetivo 6 es el de combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades. De acuerdo al informe del Secretario de las Naciones Unidas de 2003, no hay datos disponibles actualmente que permitan evaluar las tendencias, hay pocos indicios de los progresos obtenidos que permitan alcanzar la meta de la reducción de la mortalidad materna y solamente en dos países se ha logrado revertir el avance de la epidemia del VIH/SIDA y otras enfermedades.⁶⁵

Bolivia presentó sus informes de progreso en el año 2001 y 2002. En relación con los objetivos de salud el desempeño fue evaluado como:

- Es probable reducir la mortalidad infantil hay condiciones de apoyo para el logro de los objetivos, aunque se requiere más apoyo.
- Desde el 2001 hasta inicios del 2003 se han implementaron varias medidas como el SBS, SUMI, EXTENSA, Escudo Epidemiológico, Protección especial a la Niñez
- Es poco probable que se combata el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, las condiciones de apoyo para su logro se han planteado pero requiere de más apoyo.
- El programa nacional de SSR requiere ampliar su área de acción, enfatizando los temas de prevención de VIH/SIDA
- El Escudo Epidemiológico enfrentó dificultades en la disponibilidad de recursos, lo que llevo a un retraso de la compras para el programa de lucha contra el Chagas. Para la lucha contra la Malaria, los municipios y prefecturas no cumplieron con la asignación de contrapartes
- Es probable que la mortalidad materna pueda ser reducida para el 2015, hay condiciones de apoyo y requieren de más apoyo.

Es interesante ver como en cuestión de un año la valoración realizada por INE, UDAPE y Naciones Unidas para el logro de los objetivos de la reducción de la mortalidad infantil y mejoramiento de la salud materna, pasó de poco probable a probable. Sin embargo, las acciones de apoyo no variaron en gran medida durante un año.

⁶⁵ UNICEF, tercera edición, 2001, Nueva York. Esta edición contiene adaptaciones realizadas por la OMS, en 1994, el Grupo de Trabajo sobre Indicadores de Salud Reproductiva, en 1995, el Banco Mundial, en 1995 y el FNUAP, en 1997.

6. SALUD REPRODUCTIVA Y MORTALIDAD MATERNA

6.1. Datos sobre Salud Reproductiva

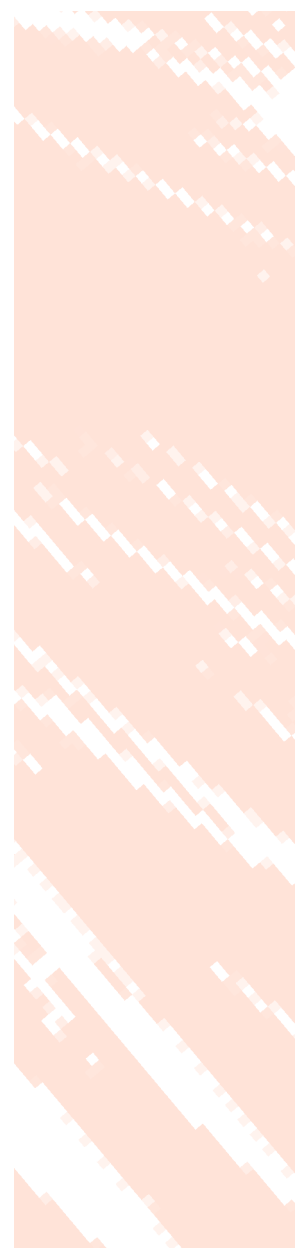
En el documento “Guías para monitorear la disponibilidad y utilización de los servicios obstétricos”⁶⁶ se señalan dos enfoques para monitorear el progreso hacia la reducción de la mortalidad materna y del mejoramiento de la salud sexual y reproductiva: El enfoque convencional que utiliza indicadores de impacto (cambios en los decesos con tasas y proporciones de mortalidad materna) y el enfoque con base a los procesos e intervenciones que buscan reducir la mortalidad materna (cambios en actividades o circunstancias). Los datos que a continuación se presentan combinan los dos enfoques. En Bolivia las encuestas nacionales de demografía y salud – ENDSA de los años 1994 y 1998 son las fuentes de información para los indicadores de Impacto, en tanto que informes, investigaciones y el PNSSR son las fuentes para ver cambios en actividades o circunstancias.

Las principales fuentes de información que utiliza el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva son:

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
- Censo Nacional de Población y Vivienda
- Sistema Nacional de Informaciones en Salud
- Sistema Nacional de Inversión Pública
- Sistema Informático Perinatal
- Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
- Investigaciones
- Evaluaciones de Planes y Proyectos

Fecundidad

La ENDSA de 1998 mostró que hubo una reducción de la tasa global de fecundidad en comparación con los resultados de la ENDSA 94: de 4.8 hijos por mujer registrados en la ENDSA 94 a 4.2 hijos por mujer registrados en la ENDSA 98. Las estimaciones de UPPIA con base a la información del INE, muestran que entre el 2000 al 2005 esta tasa bajará a 3.9 hijos por mujer. Es importante mencionar que en la década de los 90s el PNSSR tuvo un liderazgo



⁶⁶ Terminología usada por el MSPS

fundamental en la mejoría de la salud de las mujeres y desarrolló una campaña amplia de información, educación y mejoría de los servicios en SSR, incluyendo métodos anticonceptivos, lo que pudo haber incidido en la reducción de la tasa de fecundidad.

Atención Prenatal y Parto

La ENDSA 98 mostró una mejoría en el acceso a los centros de atención del prenatal y del parto y las diferencias regionales al respecto. De acuerdo con la información de esta encuesta, entre 1994 a 1998, el 63% de las futuras madres recibieron cuidado prenatal médico en comparación a un 50% que recibieron entre 1991-1994.

En áreas urbanas dos tercios de las mujeres acuden al control prenatal mientras que en la región rural del altiplano la cobertura es solo del 20%. Si bien, en 1994-1998, apenas el 6% de los nacimientos recibieron atención prenatal brindada por enfermeras, auxiliares de enfermería, esto representa el doble de lo observado entre 1991-1994 que fue del 3%. Entre 1994 a 1998 los avances de la cobertura fueron mayores en la zona urbana (13%) que en la rural (10%) y entre 1991 a 1994 en el área urbana fue de (5%) y en el área rural de (3%). A nivel de las regiones entre 1994-1998, el Altiplano presenta las coberturas más bajas (61%) de atención prenatal y al otro extremo se sitúa la región de los Llanos donde casi el 80% de los nacimientos recibieron atención prenatal.

Por su parte el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) en el año 2000 reportó las siguientes cifras a nivel nacional: se realizaron un total de 754.000 consultas prenatales, de estas el 44% fueron primeras consultas antes del quinto mes y el 33% fueron consultas con 4 controles (SNIS, 2000.) Del total de las consultas de atención prenatal registradas en el SNIS, el 70% se realizó en servicios públicos de Salud (SNIS, 2000.)

A nivel de la atención del parto el acceso a los servicios se ha incrementado en los últimos años, sin embargo todavía un alto porcentaje de mujeres tienen sus hijos/as en domicilio.

Entre 1991-1994 de acuerdo con la ENDSA -94, los lugares de ocurrencia del parto fueron: 57% en casa y el 42% en servicios de salud. Entre 1994-1998, según ENDSA -98, los lugares de ocurrencia del parto fueron: 43% en casa y 56% en centros de salud.

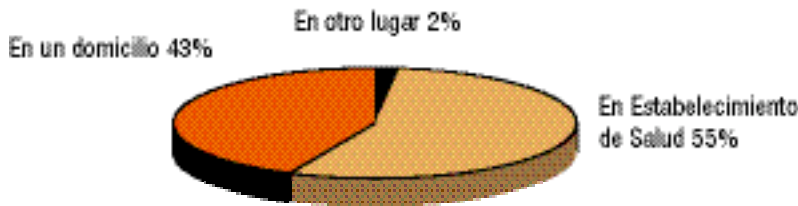
El SNIS menciona que para el año 2000 se realizaron 158.000 partos de los cuales 87% fueron institucionales. La misma fuente indica que el departamento que menos partos institucionales registró fue Potosí con 67% y el mayor fue Santa Cruz con 95%. El Censo Indígena de Tierras Bajas por su parte reportó que un 51% de las mujeres tuvo su hijo con personal informal y sólo el 37% fue asistido por personal de salud (Diez Astete A; 1998.)

La evolución favorable a la atención prenatal y del parto en los servicios ha estado influenciada por los Seguros Sociales de Maternidad y Niñez en 1994-1997 y el Seguro Básico de Salud en 1998-2001. Estas políticas sociales de salud brindan prestaciones gratuitas a la población en salud sexual y

reproductiva. Sin duda, estos seguros han impactado en las decisiones de las mujeres y familias de escasos recursos para acudir a un establecimiento de salud público sin costo.

De una población femenina de 1,755.236 de mujeres de 15 y más años de edad que declararon haber tenido al menos un parto, 963,752 señalaron que su último parto fue en un establecimiento de salud, 754,120 que fue en un domicilio, y 37,364 que fue en otra parte.

LUGAR DEL PARTO



Fuente: INE 2001, **Elaboración:** propia

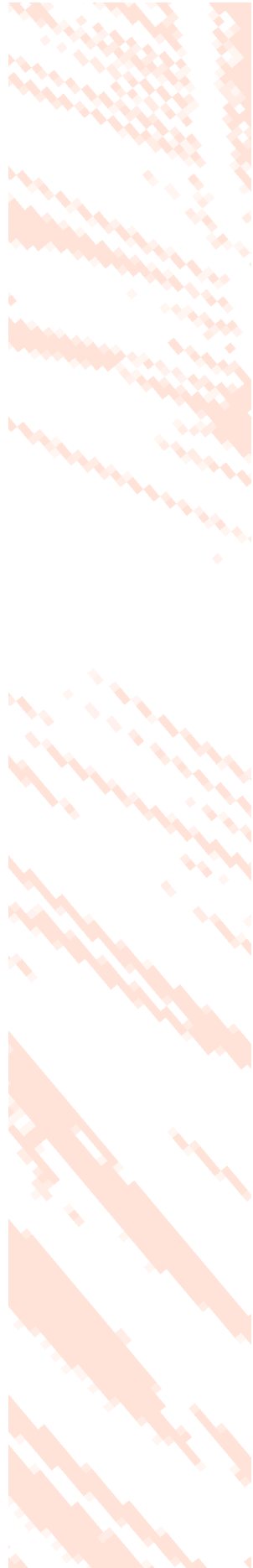
Del total de partos en un establecimiento de salud, sólo un 15.1% corresponde al área rural. Contrariamente, del total de partos en domicilios, un 60.6% fueron en el área rural. Ello indica que el la atención por parto institucional ha mejorado en el área urbana, donde los médicos atendieron más del 76% de todos los partos que se producen. En las zonas rurales apenas el 29% de los nacimientos fueron atendidos por los médicos. 54% de los partos en zonas rurales son atendidos por familiares o amistades. En los municipios de alta marginación este porcentaje llega al 77%, generalmente asociadas a mujeres sin instrucción y que no han tenido asistencia en el embarazo.

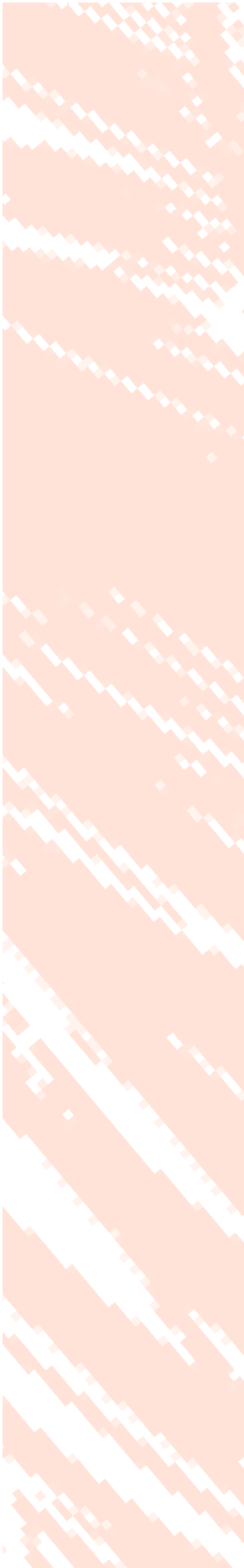
De acuerdo a los datos del SNIS las consultas prenatales han mantenido un continuo crecimiento en todo el país hasta el año 2002, aunque se ha mantenido una importante brecha con la aplicación de la norma de cuatro controles.

Otro dato importante es que aproximadamente del 10% de los nacimientos ocurre en mujeres jóvenes. De acuerdo con la ENDSA 98 la fecundidad de las adolescentes entre 15 y 19 años (madres y/o embarazadas por primera vez) alcanza en promedio nacional a 14%, siendo este porcentaje mayor en adolescentes sin instrucción (52%) y en adolescentes del área rural. La mayoría de las niñas crecen con poca o ninguna educación sexual. Datos sobre salud sexual y reproductiva de la UPPIA estiman que el 69% de los abortos se dan en mujeres de 14 a 19 años.

De acuerdo con datos de las dos ENDSA la edad a la que se inicia la vida reproductiva se ha mantenido invariable en los últimos 20 años. La mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir los 22 años.

El bajo acceso a los servicios de salud del Estado para la atención del parto ha sido investigado ampliamente. La mayoría de las investigaciones encuentran que la baja calidad de atención en los servicios de salud, la falta





de adecuación cultural de la atención, así como la práctica y valoración cultural del alumbramiento en domicilio por parte de la población boliviana son razones, entre otras, que determinan el acceso a los servicios. Asimismo, se observa que las mujeres que no acceden a los servicios de salud, están ubicadas en regiones de gran pobreza, bajo nivel de escolaridad, dispersión geográfica y servicios de salud muy alejadas.

Otra causa, recientemente considerada, para explicar el bajo acceso a los servicios tanto para la atención del parto como para los controles prenatales es el “embarazo no deseado”:

“Un estudio realizado por Marston & Cleland en 5 países - Bolivia, Kenia, Egipto, Perú y Filipinas- investigó la hipótesis de que las mujeres con embarazos no intencionados podrían ser menos propensas a buscar la ayuda médica que necesitan. El análisis observó si estas mujeres se hicieron algún control prenatal o la vacuna anti-tetánica antes del sexto mes de embarazo, y si el parto se llevó a cabo en un centro médico o por personal calificado. Sin excepción, los embarazos no deseados muy probablemente no recibirían cuidados prenatales ni serían realizados por personal calificado. En Bolivia, de una muestra de 6663 embarazos que no tuvieron controles prenatales o que éstos fueron tardíos, el 38.8% eran embarazos deseados, el 37.7 no planeados en ese momento, y el 54.4% no deseados. En cuando a partos no supervisados, el 56.3% de un total de 6679 correspondía a embarazos no deseados, el 35.6% a aquellos no planeados en ese momento y 39.6% a los deseados” (OMS-HRP, 2003:5-8).

Las condiciones de salud de las embarazadas de las áreas rurales y de pobreza son bajas. Más del 27% de las mujeres en edad fértil presentaron algún grado de anemia. En las zonas rurales, este porcentaje se elevaba al 35%, sobre todo en los municipios de mayor marginación y entre mujeres sin instrucción. Las mujeres que se encontraban embarazadas o en periodo de lactancia, tenían una mayor tendencia hacia la anemia severa y moderada.

El PNSRR durante el periodo 1999 a 2002 realizó una serie de actividades tendientes a mejorar las coberturas de mujeres embarazadas en el prenatal, parto y puerperio. Entre ellas cabe mencionar:

- Consolidación de la Historia Clínica Perinatal Base y el Sistema Informático Perinatal
- Inmunizaciones: Toxoide tetánico
- BCG para el recién nacido
- Micronutrientes como sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina A

El proyecto de Salud Materna Neonatal de USAID priorizó 17 distritos para intervenciones de salud materna y neonatal, determinando las características de las redes de servicios y redes sociales.

Tasas de prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las tasas de prevalencia de las ITS a nivel nacional se conocen por el Programa Nacional de Detección y Control de ITS/SIDA del MSPS. El Programa

Nacional de ITS/SIDA dirige sus acciones a los/as adolescentes y jóvenes (10-24 años) que constituye el principal sujeto de las acciones de prevención de las ITS – VIH – SIDA. También, el programa trabaja en actividades de educación y prevención con grupos con comportamientos sexuales de riesgo como son las “meretrices” y “hombres que tienen sexo con hombres”⁶⁷.

No obstante, el grado de información y sensibilización sobre ITS / SIDA ha mejorado con apoyo de ONGs especialistas en la comunicación de la salud, mediante spots televisivos y distribución de folletos, ferias de salud, campañas que incorporan artistas jóvenes y reconocidos en el mundo del espectáculo. Todavía, esta información llega más que todo a la población del área urbana.

El sistema de registro muestra una tendencia descendente en la incidencia de sífilis entre 1990 y 1998, contrariamente, llama la atención un incremento en la gonorrea. Para 1999, se determinó una incidencia de gonorrea de 7.4 por 10.000 habitantes, la sífilis alcanza una incidencia de 5.5 por 10.000 habitantes y la hepatitis B a 0.46 por 10.000 habitantes.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y SIDA

En cuanto a la infección por el VIH, Bolivia, en comparación con otros países de la región, todavía no tiene una alta incidencia. Sin embargo, el incremento de los casos de VIH y SIDA supone que si no se toman las medidas esta incidencia puede llegar a ser alta.

Desde el inicio del epidemia en 1985 hasta diciembre del 2002 se han registrado 998 casos de VIH. De acuerdo a los datos de ONUSIDA se calcula un subregistro del 86%, lo que elevaría la estimación de Personas Viviendo con VIH y SIDA (PVVS) es decir que por cada caso de SIDA existirían 10 personas viviendo con el virus. En el año 2000 se notificaron 99 PVVS en el país. En el año 2001 su número duplicó, alcanzando la cifra de 209 notificaciones. En el año 2002 se notificaron 195 PVVS.⁶⁸

En los diez primeros años de la epidemia (1985-1995) se notificó que el 3.6% de casos correspondió a menores de 1 año; el 86.7% a personas de 20 a 49 años y 9.7% a personas entre los 50 y 64 años. Al inicio de la epidemia (1985) la razón de infección hombre/mujer fue de 10/1. En los 15 años transcurridos, ha existido un incremento gradual de mujeres que viven con VIH, por lo que a finales de 1999, se tuvo una razón de infección hombre/mujer de 3/1. Respecto a los mecanismos de transmisión, la vía sexual representó el 87%, la transfusión sanguínea fue de 8% y el 5% correspondió a la infección perinatal (IBÍD.)

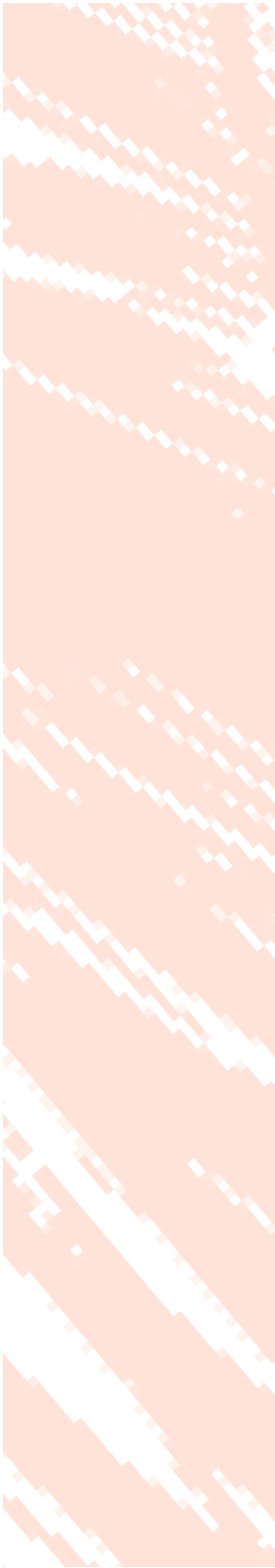
Con relación a las personas que viven con el VIH y aquellas que tienen SIDA, el programa nacional apoya algunas actividades para medicamentos y control médico, pero este apoyo no es continuo. Los grupos organizados de personas que viven con el VIH y SIDA demandan una mayor atención por parte del MSPS.

En los últimos años han surgido organizaciones de personas con diferentes opciones sexuales que exigen tener mayor conocimiento y mejor atención para



⁶⁷ Ministerio de Salud y Deportes, 2003. Programa de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008. Cuarto Borrador

⁶⁸ Información próxima a publicarse en una revista de circulación Nacional. La ampliación de la gama de métodos formó parte de la investigación de la Nueva Estrategia de la OMS llevada a cabo en Bolivia durante 1997 a 1999.



las ITS incluyendo el VIH/SIDA. Organizaciones de personas que conviven con el VIH/SIDA desarrollan una campaña nacional sobre derechos, sensibilización en información a distintos sectores de la población sobre prevención, detección y tratamiento de las ITS/VIH/SIDA.

La presencia de otras ITS como la sífilis, chancroide, gonorrea y clamidia, está entre las más altas de la región. En el año 2000 el Ministerio de Salud registró 56.000 casos de ITS, resultando en una tasa de 14/1000 en la población en edad fértil. Al igual que VIH/SIDA existe un subregistro de las ITS. El acceso a los servicios de salud para la detección, diagnóstico y curación de una ITS es muy bajo. Es mayor el número de personas que acuden a farmacias y centros privados, por consideraciones de privacidad.

Cáncer de Cuello de Útero

En Bolivia, la información sobre cánceres ginecológicos es muy escasa, aunque en los últimos años el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) con el Componente de Detección y Control de Cáncer de la Mujer, ha mostrado una preocupación al respecto y una voluntad de implementar iniciativas relacionadas con mejorar la situación de la información sobre cáncer. (Castro y Dalenz, 2001:10-12)

La tasa incidencia del CCU en Bolivia se conoce para las poblaciones de las ciudades de La Paz y El Alto por la información de las encuestas de morbilidad realizadas por el Registro de Cáncer de La Paz, de base poblacional, cuyas tasas estandarizadas a la población fueron de 54,4 por 100.000 mujeres, en el periodo de 1978-82, y de 53,1 por 100.000 mujeres en el periodo de 1988-92.

En cuanto a la incidencia del CCU con relación a otros sitios de cáncer en la mujer, el Registro de Cáncer de La Paz revela que éste es el más frecuente en las poblaciones de La Paz y El Alto, seguido por el cáncer de mama y luego del de vesícula biliar y de piel. Esta incidencia, en las ciudades de Oruro y Potosí, muestra en primer lugar al CCU seguido del cáncer de la vesícula biliar, luego de piel y después el de mama.

En Bolivia, las actividades de detección y control de cáncer de la mujer se han realizado desde 1984. Estas actividades han estado normadas y conducidas por el MSPS a través del Componente de Cáncer del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Dichas actividades se iniciaron en áreas urbanas y después se extendieron a las áreas rurales de todos los departamentos con excepción de Cobija.

El diagnóstico para el CCU está clásicamente establecido y se basa en la citología, colposcopia, biopsia e histología. La principal prueba de tamizaje del cáncer del cuello de útero es el estudio de citología cérvico vaginal, conocido como la prueba de Papanicolaou (PAP.)

La Norma Nacional establece que el grupo de riesgo es el de mujeres de 25 a 49 años, eligiéndose este grupo con criterios de costo-beneficio para una definición programática

4 Although this was on the agenda in Cairo, governments were not yet ready to adopt the language of sexual rights.

Anticoncepción

El Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPP) oferta una gama amplia de métodos anticonceptivos. Dentro de ellos se encuentran el Dispositivo Intrauterino (Tcu 380); Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (AMPD); píldoras (Microginon); condón; espermicidas; la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) femenina. Existe interés por parte del PNSSR de introducir la AQV masculina. Los métodos de abstinencia periódica más utilizado y reconocido por el MSPS son el Ritmo-calendario y el Método de Lactancia y Amenorrea (MELA.)

De acuerdo con Normas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y del Seguro Básico de Salud (SBS), el DIU, el condón, las píldoras anticonceptivas y el AMPD se ofertan en todos los niveles de atención a mujeres, adolescentes y hombres de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud. A través del SBS se garantiza el acceso a la anticoncepción sin costo alguno para las/os usuarias/os.

La ENDSA-98 mostró que el uso de anticonceptivos modernos se ha incrementado respecto a los datos proporcionados por la ENDSA-94 (Cuadro 4.3.) No obstante, el uso de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, principalmente el ritmo, continua siendo alto. De los métodos modernos, el DIU es el más usado (11%), seguido de la AQV femenina (7%) y las píldoras (4%). En los dos últimos años después de una investigación de la Unidad de Atención a las Personas (UNAP) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se introdujo el anticonceptivo trimestral (AMPD)⁶⁹ el cual de acuerdo con datos del Sistema Nacional de Información (SNIS) está teniendo una amplia aceptación.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método	ENDSA- 94 %	ENDSA- 98 %
Ritmo/calendario	22	20
DIU	8	11
Esterilización femenina	5	7
Píldora	3	4
Condón	-	3

Fuente: Elaboración propia con base a los datos de las ENDSA 1994 y 1998

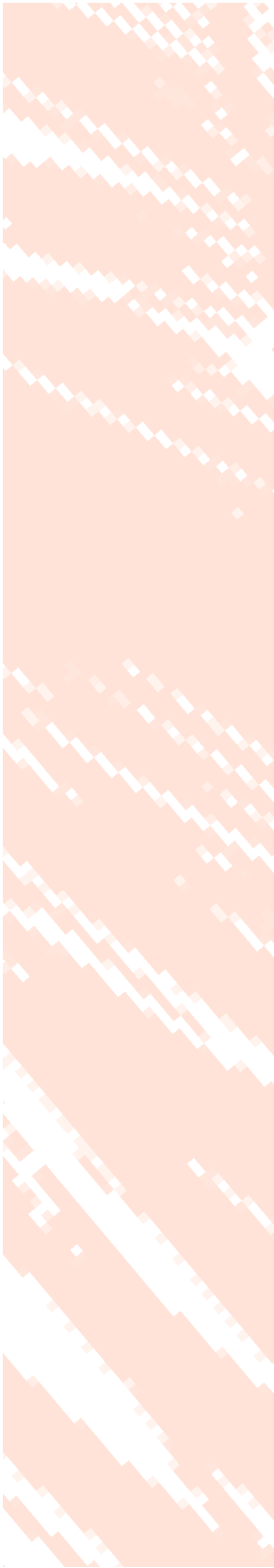
6.2. Mortalidad Materna

Como ya se mencionó, todavía no hay un dato oficial sobre los resultados de la EPMM del 2002. Esta encuesta da como resultado que para el año 2000 la tasa de mortalidad materna fue de 235 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, el Ministerio de Salud plantea que el país debe todavía seguir basándose en la tasa de mortalidad de 390 por 100.000 nacidos vivos reportada en 1994, de acuerdo al método de las “Hermanas”. Los dos resultados del 94 y del 2001 no son comparables y se sugiere esperar hasta la ENDSA 2003.⁷⁰



⁶⁹ No se conoce la fecha de la realización de esta encuesta. Es probable que por los conflictos de octubre 2003 y por el cambio de gobierno, ésta se realice en el 2004.

⁷⁰ INE, Mortalidad Materna 2000.



La razón de mortalidad materna es muy variable por región (desde 320 por 100.000 nacidos vivos en el Altiplano hasta 152 en los Valles) y departamento (desde 352 en Potosí hasta 124 en Tarija). Los departamentos de Potosí (352), Beni (326) y La Paz (264) tienen rangos superiores a la media nacional. Entre los departamentos que aportan más muertes maternas al total se encuentran La Paz, con 238, Santa Cruz, con 120, Potosí, con 89, y Cochabamba, con 70. Entre estos cuatro de los nueve departamentos del país se produce el 82% de las muertes maternas.

La mortalidad materna es resultante principalmente de complicaciones del embarazo (62%) alumbramiento (23%). Las causas sociales de la mortalidad materna incluyen el bajo nivel general de salud, altas tasas de fertilidad, extrema pobreza y falta de acceso a salud y saneamiento básico. Igualmente la EPMM-2002 indica que las causas biológicas de mortalidad materna son debidas a hemorragias 38%, sepsis 8,9%, aborto 7,2%, eclampsia 5,9%, parto obstruido 2,1%, resto 37,5%. En Bolivia, el riesgo de morir que tiene una mujer durante su periodo reproductivo es de 1 en 45, comparado con 1:8 en Angola, 1:289 en Colombia y 1:8700 mujeres en Suiza.

Esta encuesta también da cuenta del lugar de la defunción, mostrando que las madres mueren en los servicios de salud en un 37,8% y el mismo porcentaje se registra en domicilios. Este dato muestra que son urgentes las políticas de salud para que las mujeres puedan tener su parto en condiciones seguras. Los resultados también cuestionan la poca efectividad de las acciones del MSD para mejorar la atención en los servicios de salud y la baja capacidad resolutoria de los mismos.

Potosí aparece como el departamento con mayor razón de mortalidad materna con 354 por 100.000 nacidos vivos en tanto que Tarija aparece como el departamento con menor muerte materna 124 por 100.000 nacidos vivos.⁷¹

La mortalidad materna se relaciona con el perfil educativo de las mujeres; con la edad y con el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos. Las injusticias e inequidades en la situación de género contribuyen a mantener a las mujeres con bajo acceso a la educación escolar y superior, a la información en SSR y a la toma de decisiones en los usos de métodos anticonceptivos.

Acciones para la Reducción de la Mortalidad Materna

En relación con las iniciativas políticas para la vigilancia de la mortalidad materna, existe la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-03-97, de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal, toda muerte de una mujer en edad fértil debe ser identificada, notificada e investigada. El reporte es semanal y mensual siguiendo una determinada rutina.

La Norma se encuentra vigente desde 1994, funcionó muy bien hasta 1997, y desde aquella fecha no funciona. El instrumento y registro de reporte de casos es el consolidado mensual del SNIS, en el que son volcados mensualmente los casos SEGUROS de mortalidad materna detectados, tanto los hospitalarios como los domiciliarios. A su vez cada caso será registrado en el Formulario

⁷¹ Entrevista a Alberto de la Gálvez, Coordinador de Servicios Médicos, SMN/JHPIEGO/JHU/CCP

Form-1 de VEMMP, que contiene casillas para registrar por ejemplo, el nombre de la difunta, la fecha de defunción y el domicilio. La Norma se aplica a nivel Nacional para todo el Sistema de Salud. Sin embargo, en la actualidad sólo funciona parcialmente en La Paz, Santa Cruz y Chuquisaca.

Las instancias a las que no corresponda llenar el consolidado mensual del SNIS (emergencias, terapia intensiva y otros servicios notificarán los casos en el Form-1 de VEMMP y remitirán las formas según un flujo de conveniencia, sea adosando los casos al informe mensual de maternidad o ginecología, sea agregándoles a la información mensual hospitalaria.⁷²

El sistema de vigilancia de la muerte materna funciona en la red de los servicios de salud estará integrada por establecimientos de salud públicos (municipales y de seguros de salud), ONGs e iglesias con instalaciones propias y servicios privados (consultorios y otros) no quedan tampoco por fuera las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. Conforman esta red los hospitales, los que tienen camas de tránsito y los ambulatorios (por clínicos, centros de salud y puestos de salud). Los hospitales generales y las instituciones especializadas deben tener cuidado de registrar las defunciones que han ocurrido en otros servicios.

La Red Comunitaria está constituida por personas que debido a la actividad que realizan están en condiciones de notificar defunciones maternas y de mujeres entre 12 a 54 años de edad. Los líderes comunitarios (Responsables Populares de Salud, parteras empíricas, comités populares de salud, comités de vigilancia, párrocos, maestros rurales, dirigentes de sindicatos agrarios, oficiales de registro civil, administradores y cuidadores de cementerios, policías y otras personas de la comunidad)⁷³

Hasta 1996 la responsabilidad a nivel central estaba en la Dirección de la Mujer y el Niño en el programa de salud materna y perinatal que trabajaba mediante comités de análisis de la mortalidad materna. Los comités son locales, comités hospitalarios, y comités departamentales y el Comité Nacional, cada uno con sus funciones y responsabilidades específicas.

Desde 1997, la vigilancia de la muerte materna pasó a la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud y Previsión Social.⁷⁴ Desde 1997 no se difunde ninguna información, y como no se conocen los datos no se pueden tomar acciones.

En el 2000 se identificaron territorios críticos en salud materna y neonatal mediante indicadores. El resultado es un mapeo de situación y de capacidad instalada para las 112 provincias nacionales. A partir de este mapeo fueron seleccionadas 9 provincias (que incluyen 26 municipios y 17 distritos sanitarios) que concentran el 29% de la población del país, el 33% de las muertes maternas y el 35% de las defunciones neonatales tempranas estimadas.

En este año se constituyó el Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura con áreas de acción de abogacía y sensibilización, movilización comunitaria y fortalecimiento institucional.

Se actualizó la tercera versión de la Norma Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. En octubre del 2001 se promulgó



⁷² IBID.

⁷³ Entrevista a Renato Yucra, Responsable Nacional, Componente Salud Materna y Perinatal, Programa SSR-UNAP-MSPS.

⁷⁴ Ministerio de Salud y Previsión Social, UNFPA, UNAP, 2003. Op.Cit: 16



la Resolución Ministerial 0496 en la que se fortalecen procedimientos como el uso de la Historia Clínica Perinatal, el manejo activo del alumbramiento, la restricción de la episiotomía y la participación de la comunidad en el ejercicio de sus derechos para una mejor atención durante el embarazo y parto.⁷⁵

A partir del 2002 nuevamente la preocupación por la reducción de la mortalidad materna es una prioridad del gobierno nacional. El SUMI es una de las estrategias para esta reducción. Se ha reactivado el Comité Interinstitucional por una Maternidad Segura. Este Comité viene realizando actividades una serie de actividades importantes para asegurar que las mujeres puedan tener un embarazo y atención adecuados.

Haciendo una síntesis hasta el presente se pueden identificar algunos logros en la acciones para una maternidad segura con consecuencias en la reducción de la mortalidad:

Se ha logrado poner en el tapete el tema de la mortalidad materna y la injusticia que representa.

Desde 1990 se inician los esfuerzos con el Plan de Supervivencia infantil y la Salud Materna, posteriormente el Plan vida (1994) el Comité por una Maternidad Segura (1996).

- Mejoramiento de las coberturas de salud. Las ENDSAS muestran que ha ocurrido un incremento en la cobertura de atención prenatal, parto hospitalario y anticoncepción.
- Creación de seguros nacionales para la atención de la maternidad y niñez.
- Información para a vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.
- Las encuestas nacionales de demografía y salud, que muestran evidencias de la situación de la SSR, particularmente la ENDSA 98 que registra la mortalidad materna.
- Espacios para el diálogo, debate y coordinación de esfuerzos para mejorar la SSR. Estos espacios estuvieron representados en el Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva y en los subcomités de investigación, IEC, servicios, capacitación y adolescentes de 1994 hasta el 2000.
- Existencia de Normas de Atención Integral a la Mujer.
- Centros de capacitación en SSR y en emergencia obstétrica.
- Ampliación de la oferta de gama de métodos anticonceptivos con los inyectables trimestrales.
- Campaña nacional de IEC.
- Incorporación de la estrategia del paquete materno neonatal, ITS/SIDA y cáncer cervico uterino en el programa nacional.

También se pueden identificar algunas dificultades:

- No hay distribución y seguimiento del programa
- Alta rotación del personal
- No se realiza seguimiento /monitoreo y una evaluación periódica

⁷⁵ Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura, 2003: 10-11

- Pérdida de liderazgo
- No hay coordinación en el nivel nacional y departamental
- Falta de apoyo y continuidad al Foro Nacional por la SSR
- Desaparición progresiva de la estrategia de IEC

El Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura⁷⁶ señala otras oportunidades y amenazas:

Oportunidades:

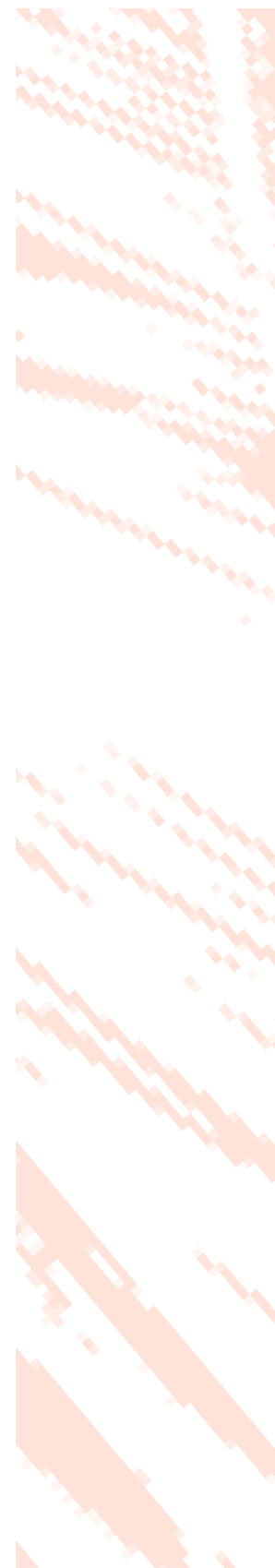
- Contar con una estrategia de cómo implementar el SUMI para lograr el objetivo de disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna.
- Se cuenta con cooperación técnica y financiera de agencias internacionales.
- Existe una infraestructura de servicios que tiende a mejorar.
- La Maternidad Segura es una política de Estado.
- Apoyo del Despacho de la Primera Dama.
- Está en la agenda política el tema de la Maternidad Segura.
- Existencia de instancias públicas para defender los derechos (Defensor del Pueblo, Defensorías de la Salud).
- Existencia de Organizaciones de Base que vigilan y defienden los derechos.

Amenazas:

- Insostenibilidad de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva por su aislamiento del SUMI.
- Dependencia de Programas Nacionales (SSRR) de financiamiento externo.
- Acceso restringido a servicios de salud (área rural/pobres).
- Escasa receptividad de los servicios de salud a las acciones del Consejo Intersectorial y los Comités Departamentales y Municipales por una Maternidad Segura.
- Partidización y debilidad de las organizaciones de base que dificultan la toma de decisiones conjuntas.
- Falta de información ciudadana.
- Baja autoestima de la población.
- Dificultades de acceso geográfico.
- Servicios de salud no tienen capacidad de brindar COE (cuidados obstétricos esenciales) y no están culturalmente adecuados.
- Iglesias no comprometidas con la maternidad segura.

Mortalidad Materna y Metas del Milenio

Para el cumplimiento de las metas del milenio establecidas en Nueva York en el 2000, Bolivia debe reducir la razón de la mortalidad materna en tres cuartas partes hasta el 2015. Por su parte la EBRP del año 2001 propuso



⁷⁶ Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003-2007 (Borrador)



alcanzar hasta la misma fecha la razón de mortalidad materna de 200 por 100.mil nacidos. También se pretende reducir hasta el 3% el número de niños con bajo peso al nacer, hasta el año 2006, y llegar a ese periodo intermedio con el 53% de las mujeres embarazadas con controles prenatales adecuados y al 68% de partos atendidos institucionalmente

En el informe de Progreso de los Objetivos del Desarrollo del Milenio 2002 se indica:

- Considerando las nuevas acciones previstas en la reformulación de la EBRP y la priorización de la salud materna como una política de Estado en el sector salud, se prevé que los esfuerzos permitirán avanzar hacia el logro de la meta para el 2015
- El SUMI junto al PNSSR 2003-2007 priorizará la atención a las mujeres embarazadas
- Fortalecimiento de las redes de servicio, no sólo desde el sector salud, ya que implica desarrollo de sistemas de transporte y comunicación

6.3. Situación de el/la Adolescente

“El peso cuantitativo de los adolescentes en la estructura demográfica del país y su elevado aporte en casi todos los principales problemas de salud de la mujer y de la salud sexual y reproductiva, el acceso a la información y a los servicios se encuentra mucho más limitado que en el conjunto de la población, en un complejo de razones que entrecruzan elementos de discriminación étnica y generacional con los bajos niveles de autoestima y prospectiva sociolaboral, además de las debilidades de los servicios de los salud.”⁷⁷

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001, existían en el país 1.900.021 habitantes de 10 a 19 años de edad, casi la cuarta parte de la población total, distribuidos en zonas urbanas, con el 64%, y en zonas rurales, con el 36%.

Datos proporcionados en la ENDSA 98 por mujeres de 25 a 49 años de edad, en 1998, muestran que al ingresar a los 20 años cerca del 60% de ellas ya habían iniciado su vida sexual, a los 18 años casi el 39% y a los 15 años más del 8%. Esta evidencia de la temprana exposición a los embarazos e infecciones transmitidas por contacto sexual es más pronunciada en los departamentos orientales (Santa Cruz, Beni y Pando). En Pando, el 27% de las mujeres entrevistadas tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir 15 años. Entre las mujeres pobres, este porcentaje se eleva al 40%.

La ENDSA-98 indicó que el porcentaje de mujeres en unión fue del 62%. La edad mediana a la primera unión fue de 20.6 años y la edad mediana al primer nacimiento fue de 21.6 años. En relación con el estado conyugal, el 61% de los hombres en edad activa viven en estado de unión conyugal: formalmente casados el 48% y en situación de convivencia el 13%. La edad mediana de la primera relación sexual en hombres de 25 a 64 años fue de 17.5 años. En tanto que en mujeres fue de 19 años (IPPF-MSPS, 2000).

La proporción de hombres que se unen antes de los 25 años se ha mantenido alrededor del 60%. La edad mediana a la primera edad es a los 24

⁷⁷ “En una Decisión sin precedentes en Cochabamba, el juez 5to de Instrucción en lo Penal, Juan Luis Ledesma, autorizó el legrado de una niña de apenas 12 años de edad, quien fue violada por su padrastro. Sin embargo, los médicos no quieren cumplir la orden” *La Razón*, sábado 26 de febrero de 2000, pág. 19A.

años (IPPF-MSPS, 2000) El inicio temprano de las uniones de los hombres significa que el 87% de los hombres (en comparación con el 74% de las mujeres) han tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Los hombres entre 25 y 49 años son los de mayor actividad sexual. (IPPF-MSPS, 2000)

El porcentaje de mujeres menores de 20 años que se encontraban embarazadas o ya habían tenido al menos un hijo, en 1998, fue de 13,7%. En Beni y Pando esta cifra se eleva al 28,1%. Las adolescentes de zonas rurales se embarazan a más corta edad y entre las adolescentes que no han recibido ninguna instrucción escolar el porcentaje de las que ya son madres o se encontraban embarazadas supera la mitad.

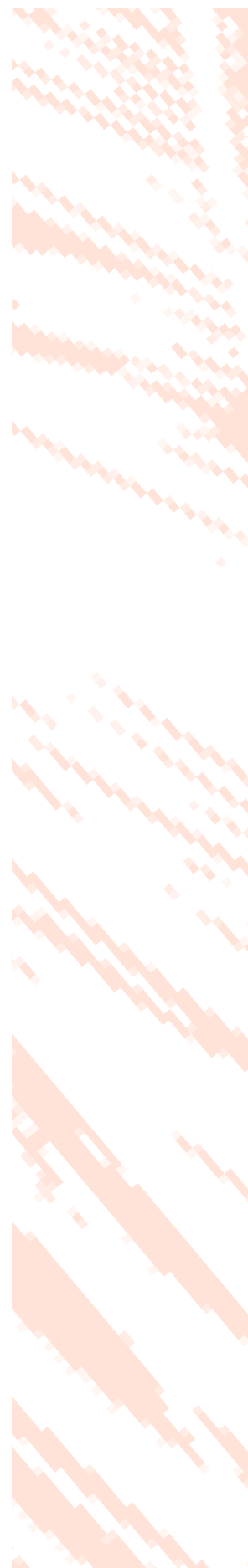
Más del 92 de las adolescentes entrevistadas en la ENDSA-98 afirmaron conocer algún método de anticoncepción, pero solo 30% de las adolescentes unidas se encontraba utilizando algún método. De estas, la tercera parte empleaban métodos modernos. Existía un gran número de mujeres jóvenes que no discutió nunca con su pareja asuntos de planificación familiar. La adopción de la anticoncepción muchas veces no es aceptada por la pareja.

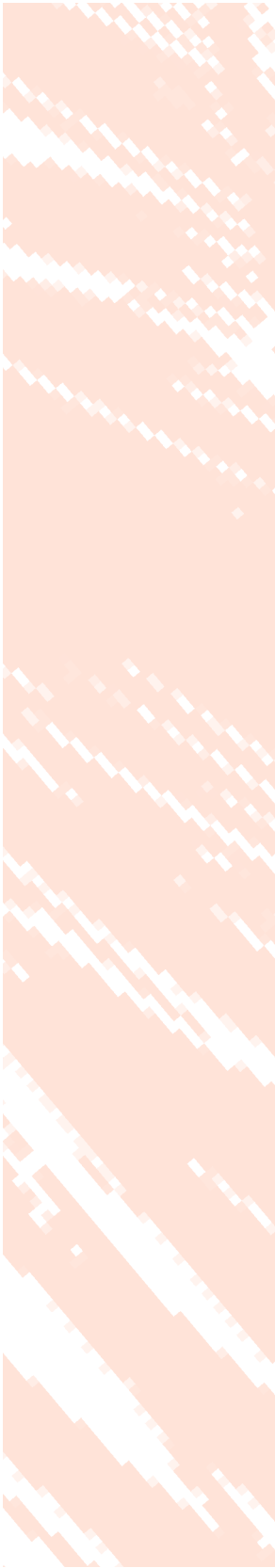
Se ha establecido que entre las mujeres adolescentes en unión el porcentaje de las que tienen necesidades insatisfechas de anticoncepción (33,9%) es bastante mayor al promedio del total de mujeres en unión (26.1), sobre todo por el deseo de espaciar el periodo intergenésico. De hecho, el 40% de las mujeres que tuvieron hijos antes de los 20 años, en los tres años anteriores a la encuesta, no tenían la intención de embarazarse.

Una de cada cuatro adolescentes madres no recibieron ningún tipo de atención durante el embarazo y a 47% de ellas no se les aplicó la vacuna antitetánica. El 36% tuvo sus partos en domicilio, casi todos ellos atendidos por familiares y, en menor medida, por parteras tradicionales. Un mayor porcentaje de hijos de madres adolescentes que de hijos de madres mayores 20 años y más nació con bajo peso y con una estatura muy baja, reflejando claramente una mayor predisposición a la enfermedad y a la muerte prematura.

No se cuenta con información completa sobre enfermedades de transmisión sexual y otras patologías en adolescentes y jóvenes; sin embargo, se asume que su prevalencia es alta por la mayor exposición a relaciones inseguras. También se reconoce que la práctica del aborto en condiciones inadecuadas está muy extendida entre los jóvenes y no es difícil suponer que gran parte de las muertes maternas que se producen en el país correspondan a complicaciones del aborto en este grupo poblacional.

Los Planes de Desarrollo económico y Social (PGDES) han incluido entre sus prioridades la atención de la SSR con énfasis en la adolescencia dando importancia al mejoramiento de la cantidad y calidad de los servicios obstétricos y neonatales a la información y orientación en el marco de la libre elección en anticoncepción, a la detección y control de CU de de las infecciones de ITS y VIH/SIDA y al fortalecimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población. El PNSSR consideró la atención integral de la salud del adolescente y en el año 2001 se llegó a





elaborar el Plan Concertado de Desarrollo Sostenible para la Adolescencia y Juventud Sin embargo, Los servicios diferenciados de atención al adolescente son escasos, el acceso a la anticoncepción enfrenta barreras médicas que niegan el acceso a los/as adolescentes.

Es muy difícil conocer la situación de la atención de los/as adolescentes en los servicios de salud porque el SNIS no recoge esta información. Podría decirse que los/as adolescentes es uno de los grupos mas desfavorecidos con las actuales políticas de salud.

Actualmente, se está trabajando para diseñar e implementar, luego de varios intentos limitados, un Programa de Atención al Escolar y Adolescente.

4 Although this was on the agenda in Cairo, governments were not yet ready to adopt the language of sexual rights.

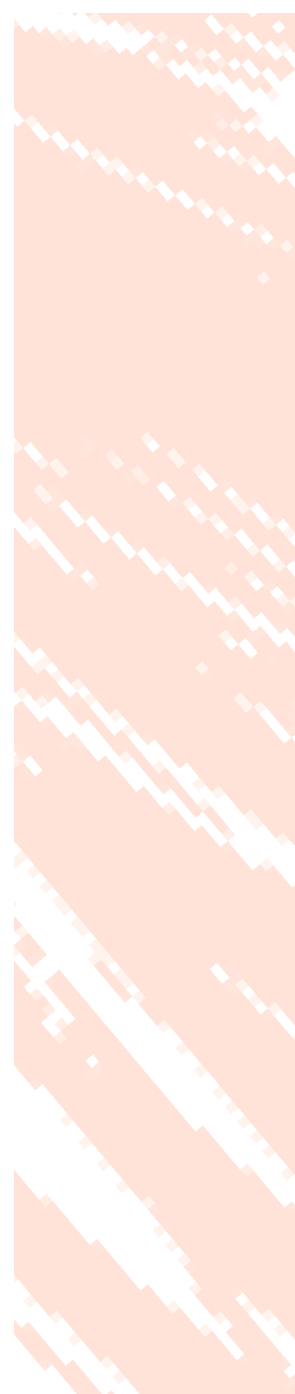
7. EL ABORTO

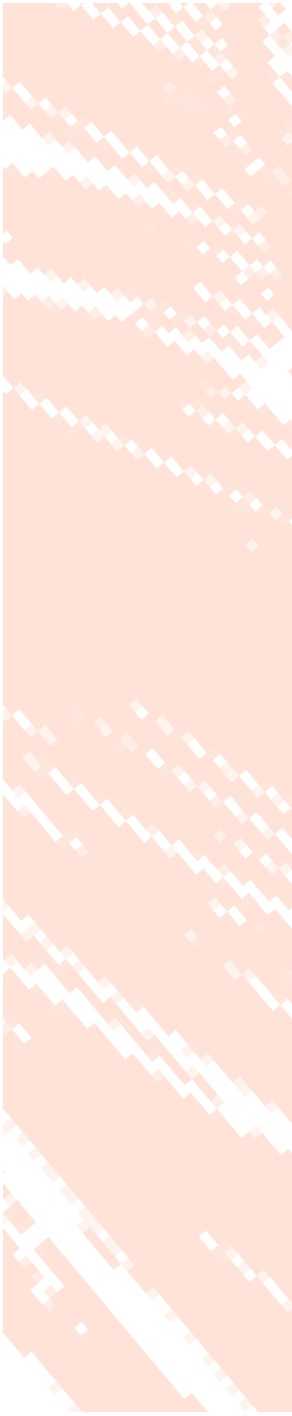
7.1. Situación Jurídica del Aborto

En Bolivia el aborto se halla tipificado como delito en el Código Penal, el cual sanciona aquel que “cause la muerte de un feto en el seno materno o provoque su expulsión prematura”. “El Código Penal sanciona a la mujer que “presta su consentimiento” para la realización del aborto, y a la persona que realiza el procedimiento abortivo con la aprobación de la mujer o sin ella. Hay un artículo especial que pena a la persona que se dedica habitualmente a la práctica del aborto. El Código Penal también aplica un castigo a quien por ‘culpa’ ocasiona un aborto, y al que mediante violencia provoca el aborto de una mujer, sin tener la intención de causarlo, si es que el embarazo es notorio o tenía conocimiento previo del mismo. La tentativa de aborto no es punible” (Del Pozo s/f: 3-4).

En cuanto a la penalidad por aborto ilegal, esta dependerá de si existió consentimiento de la mujer y también de su edad. Si no existió consentimiento y/o ella es menor de 16 años, la persona que practicó el aborto es sancionada con dos a seis años de prisión. Si el aborto fue realizado con la anuencia de la mujer, la pena será de uno a tres años aplicables también a la mujer.

“Cuando el aborto lo lleve a cabo la propia mujer o terceras personas con consentimiento de la misma, con el fin de salvar su honor, la pena a imponerse es de seis meses a dos años de reclusión, agravándose la sanción a un tercio si sobreviene la muerte de la mujer... Cuando el aborto consentido provoca lesiones, la sanción a imponerse es de uno a cuatro años de prisión, agravándose la pena en una mitad si sobreviene la muerte. Si la mujer no consintió el aborto y éste origina una lesión, la pena a aplicarse es de uno a siete años de prisión, y de dos a nueve años si la mujer muere como consecuencia de la práctica abortiva. En caso de que el aborto sea ocasionado por ‘culpa’ del agente, el Código Penal establece una sanción de prestación de trabajo hasta por un año. El que mediante violencia provoca el aborto, sin tener la intención de causarlo, siempre y cuando el embarazo sea notorio o se haya tenido conocimiento previo del mismo, será sancionado con pena de tres meses a tres años de reclusión. La persona que se dedique habitualmente a la realización de prácticas abortivas es sancionada con prisión de uno a seis años” (Del Pozo *et al.* s/f:4-5).





Se reconoce la figura del aborto impune o no sancionado (Art. 266) cuando el embarazo es producto de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, o cuando la vida de la madre corre grave peligro (aborto terapéutico). “Para la realización del aborto en los dos casos excepcionales permitidos por la ley, se requiere que sea practicado por un médico con el consentimiento de la mujer. El aborto terapéutico no será sancionado sólo si el peligro para la vida de la madre no pudiera ser evitado por ningún otro medio. Cuando el aborto es consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, la ley requiere, además, que la víctima haya iniciado la acción penal respectiva y el juez autorice la práctica del aborto” (Del Pozo *et al.* s/f:4).

En tanto esta disposición no está reglamentada, su aplicación no se garantiza como un derecho. Así, experiencias del pasado han demostrado la brecha entre la formalidad del derecho y las condiciones para su ejercicio, al evidenciar que el aborto legal estará en última instancia sujeto a las voluntades y posiciones de las personas involucradas con cada caso específico a nivel médico y jurídico, a las tensiones entre ambos⁷⁸, y a las características socioculturales y posibilidades económicas de la víctima. De esta manera se ha puesto en evidencia la existencia de una doble moral, que victimiza a las mujeres más pobres que acuden a los servicios públicos y protege, mediante un “pacto del silencio” a las que cuentan con los recursos económicos para acceder a servicios privados de aborto seguro, incluso más allá de los casos consignados como legales en el Código Penal.

Estas experiencias también han expresado la importancia de un movimiento de mujeres/feminista en alerta permanente y con capacidad de respuesta ágil y persistente para reclamar el cumplimiento de la ley, una condición que no siempre se cumple, al margen de que históricamente los casos de vulneración del derecho al aborto legal que han salido a la luz sean muy pocos. Este otro “silencio” tiene que ver, sin duda, con las condiciones de vulnerabilidad, discriminación y subordinación que caracterizan a la mayoría de las víctimas: mujeres indígenas, pobres y, mayormente, adolescentes/jóvenes.

La violación sexual, una de las causas que conducen al aborto, es un delito penado por Ley 2033 de Protección a las Víctimas de Delitos Contra la Libertad Sexual (1999). Sin embargo, la tasa de denuncia es muy baja, por constituirse en procesos donde las víctimas ante la justicia son culpabilizadas por la agresión sufrida” (CIDEM, 2003:11).

En el marco del contexto internacional conservador, liderizado por el gobierno de Bush, cabe señalar que Bolivia está entre los 35 países que reciben ayuda de los Estados Unidos, en los cuales el aborto es legal en casos que no se limitan al riesgo de vida de la mujer embarazada. Estos 35 países, de los cuales 3 corresponden a América Latina (Bolivia, Ecuador y Perú), representan un 59% de los países que reciben cooperación estadounidense (CRLPb, 2001, s/n). La Regla de Obstrucción Global agudiza las dificultades y obstáculos ya existentes para el cumplimiento de la ley, en estos países,

78 De acuerdo al índice GINI, Bolivia sería el sexto país más desigual del mundo. – El GINI “es una medida de distribución del ingreso. Es una construcción estadística que resume la forma y la magnitud en que una determinada distribución observada difiere de una distribución de referencia” (www.ideam.gov.co/indicadores/socio6.htm).

incrementando aún más los riesgos y vulnerabilidad de aquellas mujeres que más allá de las condiciones recurrirán al aborto inducido.

7.2. Características y Datos Estadísticos sobre el Aborto

En Bolivia, el país con la segunda tasa de mortalidad materna más alta de la Región después de Haití, el aborto se constituye en un problema de salud pública por el volumen de su incidencia como causa de enfermedad y muerte materna, y por las características de las víctimas que reflejan las profundas desigualdades socioeconómicas de un país considerado de los más desiguales del mundo.⁷⁹ En Bolivia el 64.5% de las personas que viven en condiciones de pobreza (36.6% de los cuales en extrema pobreza) y el ingreso *per cápita* del 10% más rico de la población es 25 veces superior al del 10% más pobre. Diversos análisis indican que la desigualdad está creciendo en el país y que las fuerzas de la discriminación y exclusión son múltiples y complejas, y muestran rasgos de edad, género y pertenencia étnica.

En ese contexto se estima que aproximadamente entre un 27 a 35% de las muertes maternas están relacionadas con abortos realizados en condiciones de riesgo: “Se calcula que en promedio un 62% de las muertes maternas tienen lugar en el embarazo.....Las principales causas se refieren a hemorragias, infecciones, toxemia gravídica y aborto, problema al cual se atribuye entre el 30% y 37% del total de muertes maternas” (INE *et al.*:24). La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bolivia estima un total de 60 muertes por cada 10 mil abortos, “cifra que tiene que ver con la falta de capacitación de quienes realizan estas prácticas, por lo general auxiliares de enfermería, estudiantes de medicina u otros, con el costo y la calidad de los servicios, los problemas económicos, las presiones sociales y los temores originados por la tipificación del aborto como delito” (Del Pozo *et al.* s/f: 4).

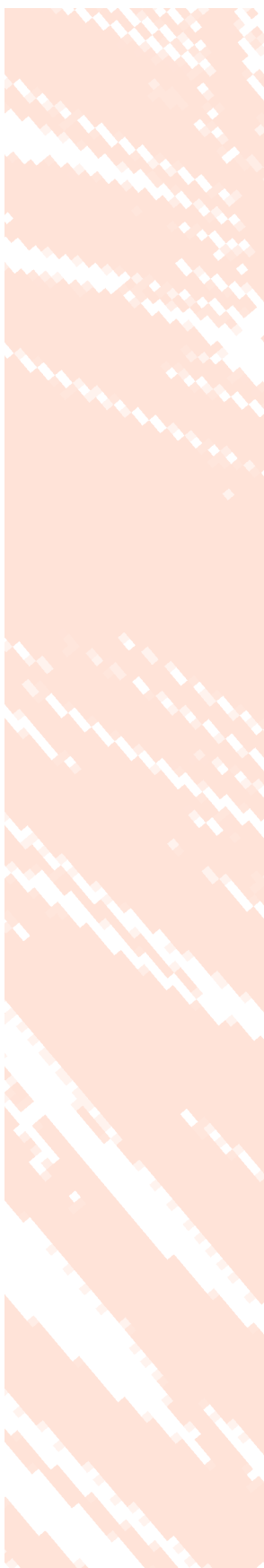
Según cálculos realizados en 1995, en Bolivia se llevan a cabo alrededor de 115 abortos por día y entre 40.000 y 50.000 por año. Un tercio de muertes maternas se deben al aborto inducido, estimándose que hay 60 muertes por cada 10.000 abortos (www.crlp.org). Sin embargo, entre las dificultades para la precisión estadística de este problema, generalmente subestimado, hay que tomar en cuenta también que del total de casos que ingresan con aborto incompleto, resulta difícil establecer cuáles fueron provocados por accidentes o por profesionales irresponsables.

La Policía Técnica Judicial registró 72 casos y 46 casos de abortos a nivel nacional los años 2000 y 2001 respectivamente (cita en CIDEM, 2003:9), cifras que no llegan a las estimaciones de abortos que, según cálculos del CRLP, se realizarían por día, la mayoría de los mismos en la clandestinidad y bajo condiciones de alto riesgo para la salud y bienestar de las mujeres. Según los mismos reportes de la Policía Técnica Judicial, el número de hallazgos de fetos el año 1998 fue de 160.

Las cifras de abortos registrados, comparadas con las estimaciones realizadas por CRLP, muestran claramente los efectos de la clandestinidad en



⁷⁹ Durante la validación del “Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género” de IPPF, realizada por las autoras el año 2000, observamos que en uno de los hospitales las mujeres que acababan de tener un aborto eran ubicadas en una sala toda “decorada” con afiches alusivos a la maternidad.



términos de la subestimación del problema y las dificultades que ello determina en cuanto a un abordaje cabal desde la política pública.

Una de las causas que derivan en aborto tiene que ver con el conocimiento y acceso oportuno a métodos seguros de anticoncepción. A pesar de los avances en cuanto a conocimiento de métodos modernos de anticoncepción, según la ENDSA 1998 la demanda insatisfecha de planificación familiar seguía siendo muy alta: alcanzaba al 26% de las mujeres en unión. Un 19% de ellas reportó tener la intención de limitar el tamaño de la familia y 7% de espaciar los nacimientos entre sus hijos. Esta necesidad era bastante mayor en el área rural (39%) comparado con el área urbana (19%) (Ministerio de Salud y Deportes, 2003:8).

Entre las barreras más importantes de acceso a métodos anticonceptivos modernos están las consuetudinarias, basadas en nociones culturales machistas y patriarcales que vulneran los derechos de las mujeres. En esta categoría se ubica la exigencia del consentimiento informado del marido para la provisión de un método anticonceptivo a una mujer, vigente en muchos sino en la mayoría de los centros de salud, a pesar de la existencia de una norma que explícitamente prohíbe este requerimiento. El solo hecho de exigir a la mujer el consentimiento de su marido, además de la dilación que ello implica en la respuesta a su necesidad de anticoncepción, incrementan la posibilidad de un embarazo no deseado y posible aborto inseguro.

Por otro lado, el maltrato en sus distintas manifestaciones, además de inhibir el acceso mismo a los servicios, también se traduce en “interferencias” en los procesos informativos y comunicacionales entre proveedores/as y usuarias, que como consecuencia no logran satisfacer sus necesidades de información y anticoncepción, además de dudas y preguntas que inciden en el (no)ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En el caso de mujeres que acuden a un servicio por complicaciones derivadas de un aborto, esta situación se agudiza pues son víctimas tanto de la violencia psicológica ejercida por los/as proveedores que las critican y culpabilizan, como de la violencia simbólica que se expresa en la concepción y organización misma de los centros.⁸⁰

A la necesidad insatisfecha de anticoncepción, como un asunto que vulnera el derecho a la libre elección, se suman las presiones que derivan de un contexto de aguda crisis económica y precarización del empleo, en las que las mujeres en edad reproductiva tienen, *per se*, menores posibilidades de acceder a un empleo seguro y estable ante la posibilidad de un embarazo que signifique costos para el empleador. La legislación laboral boliviana protege a la mujer embarazada (inamovilidad laboral, período de descanso pre-y postnatal), pero su aplicación está sujeta a las condiciones del mercado signadas hoy por una aguda crisis económica, creciente desempleo y precarización de las condiciones laborales que determinan, una vez más, una brecha entre el marco legal y las posibilidades concretas de su aplicación.

Como señala Ivone Gebara, teóloga feminista brasileña, “una sociedad que no tiene condiciones objetivas para dar empleo, salud, vivienda y escuelas es

⁸⁰ Entrevista con Eliana del Pozo de IPAS.

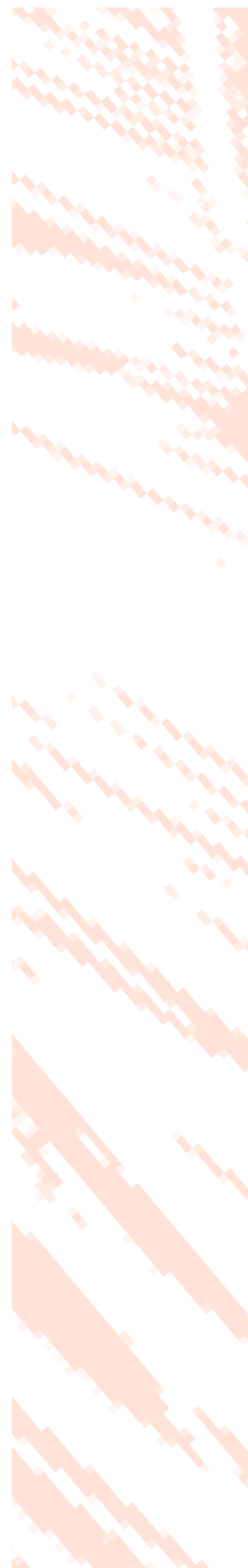
una sociedad abortiva. Una sociedad que obliga a las mujeres a escoger entre permanecer en el trabajo o interrumpir un embarazo, es una sociedad abortiva. Una sociedad que continúa permitiendo que se hagan test de embarazo antes de admitir a la mujer en un empleo, es abortiva. Una sociedad que silencia la responsabilidad e los varones y sólo culpabiliza a las mujeres, que no respeta sus cuerpos y su historia, es una sociedad excluyente, sexista y abortiva” (cita en Aliaga y Machicaco, 1995:26).

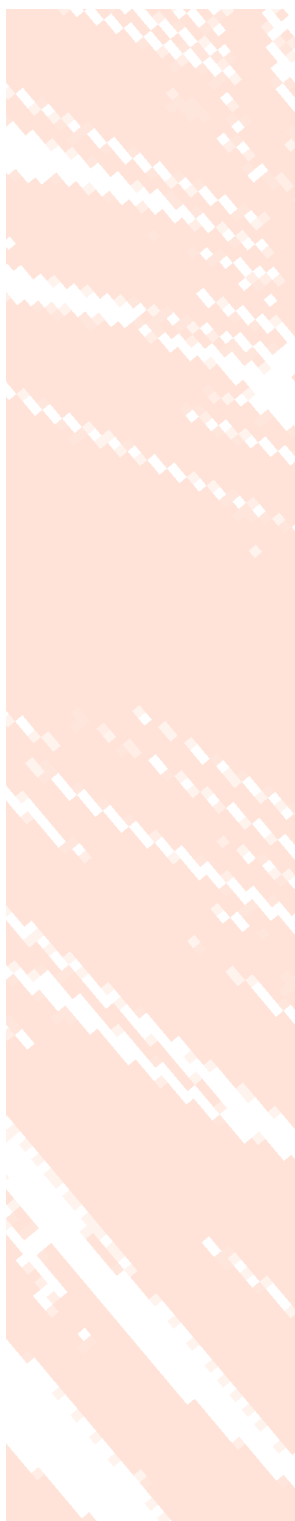
Por otro lado, en Bolivia, 7 de cada 10 mujeres sufren algún tipo de violencia, sea física, psicológica o sexual. En general estos tres tipos de violencia se presentan a la vez. En una investigación realizada por el Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, en 1997, de 25.875 casos de violencia atendidos por los Servicios Legales Integrales entre noviembre de 1994 y julio de 1997, el 26% correspondía a casos de violencia sexual (Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia *et al.*, 2002:11).). Cada día 40 mujeres son violadas. Para el año 1998 los datos disponibles muestran un total de 3.321 casos de delitos de violación, estupro y abuso deshonesto. Según informes de la Policía Técnica Judicial, el año 2001 se registraron a nivel nacional 642 violaciones a mujeres menores de edad, la mayoría de las cuales fueron propiciadas por familiares de las víctimas (cita en CIDEM, 2003:11).

“Como lo define el Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual, la violencia basada en género, es un fenómeno complejo que tiene carácter estructural y forma parte de la organización jerárquica de la sociedad con implicaciones individuales, familiares y sociales, no se limitan a la agredida y el agresor sino que afecta a la sociedad en su conjunto. Afecta a mujeres de todas las edades y condiciones sociales, provoca vergüenza y humillación en la víctima y es justificada y naturalizada por una sociedad que considera a la mujer un ser inferior” (Ministerio de Salud, 2003:9).

La violencia sexual puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de la mujer, sin embargo los datos muestran que éstos se producen principalmente entre los 15 y 25 años de edad. Las adolescentes presentan un riesgo cuatro veces mayor de sufrir violencia sexual que cualquier otro grupo de edades.

Desde un abordaje amplio e integral de la violencia, y tomando en cuenta diversos estudios realizados, se puede concluir que la iniciación sexual de los/as adolescentes se da, con gran frecuencia, de manera violenta, no planificada, desinformada y no placentera, en la que entran en juego las relaciones de dominación y subordinación de género que caracterizan una sociedad profundamente machista (ver Salinas, 1998 y Salinas, 2001). Adicionalmente, una sociedad adultista como la boliviana no brinda, en general, las posibilidades y condiciones para enfrentar un embarazo adolescente de maneras que no vulneren la dignidad y autoestima de las embarazadas ni su capacidad de decidir, por lo que el aborto es, frecuentemente, consecuencia de la brecha generacional que parte en las





familias pero que se reproduce en múltiples formas de exclusión social. Como concluyen Aliaga y Machicao, “fingir desconocimiento de la existencia de la sexualidad adolescente probó no ser la solución. Reprimirla menos. Los únicos réditos que tenemos de ambas prácticas son seres humanos con problemas de relacionamiento, personas mutiladas psicológicamente, jóvenes inseguras/os o ausentes por muerte ocasionada por suicidio o por complicaciones de aborto” (1995:86).

La tasa de embarazo como resultado de violencia sexual, varía entre 1 y 5%. Se calcula que entre 28 a 68% de las víctimas de violencia sexual serán afectadas por una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. No existen servicios legales y de consejería apropiados para estas circunstancias (Ministerio de Salud y Deportes, 2003:9).

7.3. Políticas Públicas

La resolución ministerial de 1999 para implementar servicios de atención postaborto marca un hito en lo referente al aborto en Bolivia. Es así que ya desde el SBS las complicaciones del aborto incompleto (que la reglamentación denomina hemorragias de la primera mitad del embarazo) son atendidas en centros y hospitales públicos.

Una mirada retrospectiva al proceso de negociación de la resolución muestra el peso que tuvieron los argumentos económicos: la reducción de costos que significaría la introducción de la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Esta técnica fue introducida el 2000 en hospitales y servicios de III y segundo nivel de atención, para luego incluir a los centros de primer nivel, tanto urbanos como rurales, el año 2002. La introducción de la técnica está siendo complementada con acciones relacionadas con la formación profesional: el año 2002 IPAS firmó un convenio para introducir la atención posaborto en las carreras de medicina y enfermería de siete universidades.⁸¹

En relación al contexto latinoamericano, Bolivia es el único país con Normas Nacionales de Atención Post Aborto desde el Sistema Público de Salud.

El SUMI a pesar de haber reducido notablemente las prestaciones gratuitas en salud sexual y reproductiva para mujeres, incluye la anticoncepción posparto y posaborto y ha mantenido aquellas vinculadas con hemorragias durante la primera mitad del embarazo. Estas prestaciones incluyen tanto el tratamiento hospitalario de la hemorragia con el Legrado Intrauterino (LIU), como el tratamiento ambulatorio con la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

La experiencia de IPAS Bolivia⁸² desde agosto 1999 a febrero 2002 en el tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en los servicios públicos del sistema de salud boliviano muestra:

- Un total de 76 servicios intervenidos, 5 de tercer nivel, 25 de segundo y 46 de primer.

⁸¹ IPAS trabaja en La Paz, Tarija, Pando y Potosí, mientras que Pathfinder cubre la atención post aborto en Cochabamba, Beni y El Alto.

⁸² La última versión que está circulando es un cuarto borrador.

- Un total de 1723 proveedores/as nuevos/as fueron capacitados y 238 proveedores/as capacitados/as reciclados.

El siguiente cuadro refleja los casos atendidos en los servicios intervenidos por IPAS Bolivia:

Método	2000	2001	2002	2003 p.
LUI	313	1386	2199	168
AMEU	n/d	623	1115	22
AMEU Y LUI	n/d	60	107	2

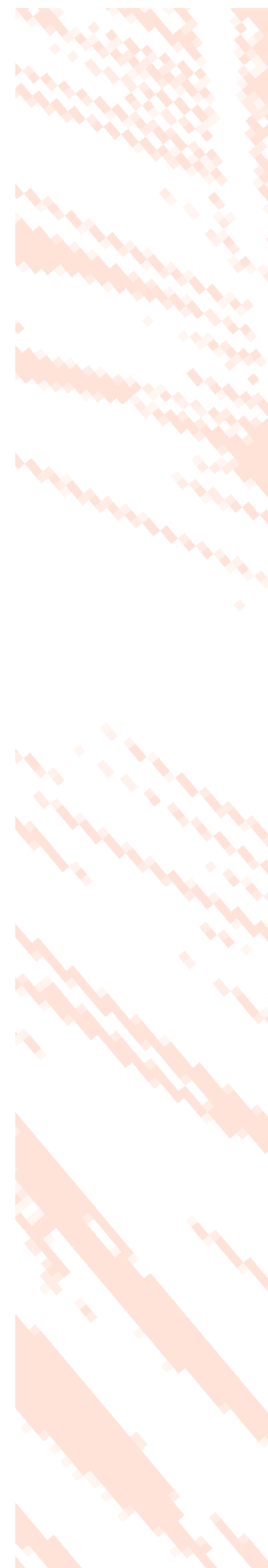
Fuente: *Ipas Bolivia = Libro de Registro AMEU/LUI-Ministerio de Salud y Deportes.*

Adicionalmente cabe señalar que el SUMI ha incorporado la anticoncepción de emergencia entre sus prestaciones, aunque todavía no se han detectado señales positivas que muestran que más allá de la norma se tiene la firme voluntad de velar por su implementación.

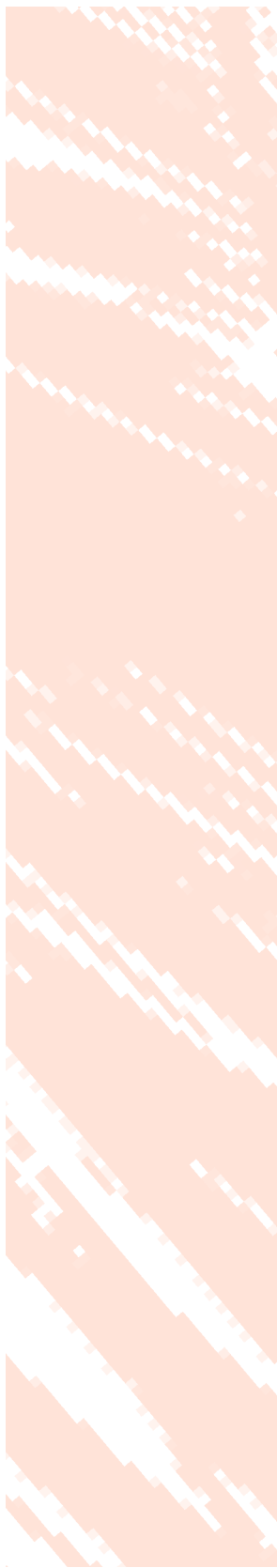
De acuerdo a la versión más reciente de la propuesta de Orientaciones Estratégicas para el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva para el quinquenio 2003-2008,⁸³ que está siendo considerada por las nuevas autoridades del sector, las metas específicas que se pretenden lograr en el período y que atañan de manera directa al tema del aborto, incluyen el incremento de la asistencia calificada durante el parto en un 25%, la disminución de la demanda insatisfecha de anticoncepción en 30% y el incremento de la atención calificada de complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo en 30%. Asimismo, se plantea incrementar en 50% la detección, tratamiento y referencia oportuna de víctimas y sobrevivientes de violencia sexual y de género (Ministerio de Salud 2003).

De acuerdo al mismo documento, “el Componente de Atención a las Víctimas de la Violencia Sexual y/o de Género atenderá, con acciones en las redes de servicios y en las redes sociales, las causas y las consecuencias de la violencia sexual y/o de género. Tiene como objetivo contribuir a disminuir los efectos negativos en la salud física y mental de niños(as), adolescentes y mujeres, producto del abuso infantil, la violencia sexual y la violencia basada en género, asegurando la asistencia médica y psicológica adecuada, así como con la orientación para el procesamiento del fenómeno social en la familia y en la comunidad” (18).

Con relación también a la violencia sexual, cabe destacar la constitución, en noviembre 2002, del Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual, “destinado a implementar actividades de sensibilización para la implementación de un modelo de atención integral para las víctimas sobrevivientes de la violencia sexual” (Carta de Intenciones, noviembre 2002). Esta Carta de Intenciones fue firmada por el Ministro de Salud y Previsión Social, la Viceministra de la Mujer, la Directora de IPAS Bolivia y el



⁸³ Entrevista con Eliana del Pozo de IPAS.



Representante de OPS/OMS en calidad de Testigo de Honor. Posteriormente el UNFPA se unió a la iniciativa. La constitución de este Comité marca un hito importante a favor de los derechos sexuales de las mujeres, tomando en cuenta que un diagnóstico preliminar realizado por IPAS mostraba que no había instituciones trabajando el tema desde la perspectiva de la salud pública: “La temática de la violencia sexual no cuenta con políticas de intervención estatal precisas que empoderen a las mujeres para que ejerzan a plenitud sus derechos humanos, sexuales y reproductivos” (Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia *et al.*, 2002:11). IPAS también ha firmado un convenio con el Viceministerio de la Mujer para implementar el “Programa de Intervenciones Inmediatas” frente a la violencia sexual vinculado a la anticoncepción de emergencia.

El trabajo iniciado por IPAS hace casi un año en torno a este tema contempla la revisión de los marcos legales con el propósito de visibilizar la violencia sexual dentro y fuera de la familia. Incluye, también, el desarrollo de un sistema de referencia con el Código Penal. En tanto proceso de introducción temática en la agenda de la salud pública, se han diseñado tres etapas, que se inician con reuniones y discusiones con tomadores/as de decisión, para el diseño posterior de una ruta crítica y, en una tercera fase, el desarrollo de acciones que contemplan la atención de ITSs y la anticoncepción de emergencia.⁸⁴

Quizás uno de los desafíos más importantes a largo plazo, en términos de la política pública de salud, tenga que ver con garantizar la provisión de anticonceptivos, ya que el período de donación sólo está garantizado hasta fines de 2004. A ello se añade la necesidad de ampliación de las coberturas del SUMI en términos poblacionales, que posibilite una provisión irrestricta de anticonceptivos a mujeres en edad reproductiva. Por otra parte y dadas las características de la problemática del aborto y la existencia de un porcentaje considerable de necesidades de anticoncepción insatisfechas, particularmente en áreas rurales, se plantea la posibilidad de incluir la provisión de anticonceptivos en las prestaciones asistenciales del Programa Extensa, que llega a los lugares más remotos del país.

Con relación a la anticoncepción de emergencia, su inclusión e institucionalización en el paquete “anticonceptivos orales y anticoncepción de emergencia” es un gran logro. En la medida en que forma parte de un paquete de prestaciones su incidencia – demanda- y las implicaciones específicas no se visibilizan ni se han analizado, lo que resulta ser una limitante, aunque en términos político-estratégicos este “perfil bajo” ha contribuido a no generar resistencias en los sectores más conservadores.

84 Conversación con el Dr. Víctor Conde, Coordinador Nacional del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

7.4. Anteproyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo

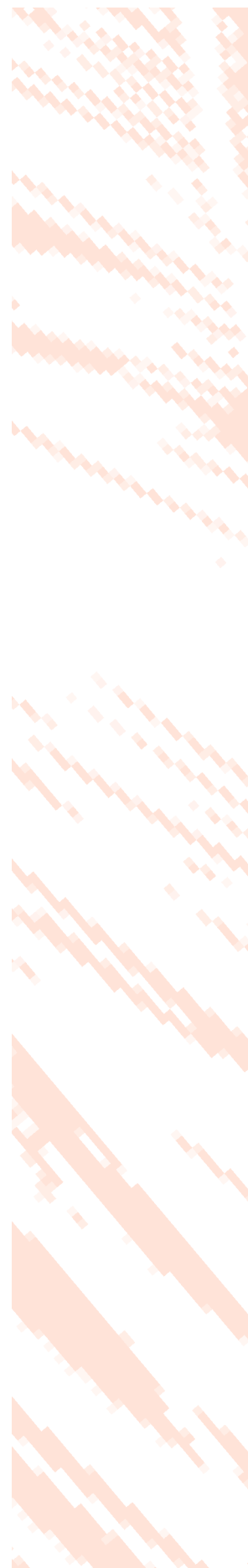
Ya hace muchos años la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto viene desarrollando actividades y propuestas tendientes a garantizar la aplicación del Art. 266 del Código Penal referido al aborto impune.

Durante esta gestión se ha puesto en circulación el “Anteproyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo”, que busca llenar los vacíos procedimentales existentes para la aplicación del aborto legal. Para dicho fin, la propuesta establece definiciones, condiciones y procedimientos con relación a la acreditación de las causales, el consentimiento, el término para interrumpir legalmente el embarazo, el carácter de servicio y las condiciones para la interrupción legal del embarazo. Establece, asimismo, un marco de responsabilidades y obligaciones del Ministerio Público y centro médico. También plantea la modificación de los artículos 201 y 266 del Código Penal, referidos a la falsedad ideológica en el certificado médico y al aborto impune (CIDEM, 2003:14-15).

En ese marco, y con el auspicio de “Católicas por el Derecho a Decidir”, se desarrollaron en el último tiempo dos seminarios de presentación del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 del Código Penal Boliviano. El primero se realizó en junio de 2001 y estuvo dirigido a médicos, médicas, prestadores en servicios de salud y público en general.

El segundo seminario, realizado en septiembre de 2002, estuvo dirigido a jueces en materia penal, funcionarios y funcionarias de juzgados y Fiscalía departamental, integrantes del Concejo de la Judicatura, Corte superior de Distrito, Brigada de Protección a la familia, diputados y senadores, estudiantes de último curso de la Carrera de Derecho de las universidades UMSA y UNIVALLE. De este seminario se conoce que asistieron 400 personas.

Actualmente se están desarrollando acciones para difundir el Anteproyecto de Ley de Interrupción Legal del Embarazo en el Parlamento. La Reglamentación del Artículo 266 del Código Penal también forma parte de las prioridades de fiscalización definidas en la Agenda Legislativa de las Mujeres para el período 2002-2007. La Agenda Legislativa de las Mujeres es resultado de un proceso participativo y de priorización estratégica, desarrollado por distintas instancias tanto estatales como de la sociedad civil. La iniciativa será descrita en detalle en el siguiente capítulo.



8. APUNTES PARA UN ANÁLISIS DE ACTORES

El Estado

El análisis precedente ha señalado las debilidades existentes a nivel institucional y conceptual en las instituciones del Estado vinculadas a los derechos y la salud sexual y reproductiva. Al margen de los avances normativos, no han existido las condiciones técnicas, institucionales, de voluntad política y financieras suficientes para implementar las acciones necesarias para cumplir con los compromisos internacionales de Cairo y Beijing.

Por una parte, la evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva vigente hasta el 2002 reflejaba claramente su debilidad y necesidad de “repensarse” también en el marco de la nueva política de salud. Como ya se mencionó anteriormente, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 sólo está a la espera de la firma del Ministro, luego de un amplio proceso de consulta y discusión.

Uno de los resultados quizás más relevante para este documento tiene que ver con la pérdida de liderazgo y capacidad de convocatoria a distintos actores vinculados a la SSR. Hasta diciembre de 2001 existió el Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva, que congregaba a las más diversas expresiones institucionales, políticas e ideológicas vinculadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva. Dicha instancia era liderizada por el Coordinador del PSRN. El Foro era un espacio de encuentro, información y coordinación que sin duda podía optimizar sus procesos y resultados, pero que reflejaba la voluntad política y esfuerzo de sus miembros por construir sinergias.

El Foro contaba con instancias departamentales además de seis Comités Técnicos con sede en La Paz: Capacitación; IEC, servicios, adolescentes, maternidad segura e investigación, evaluación y políticas de población y desarrollo. Estos Comités se reunían periódicamente y desarrollaban diversas actividades, a la vez que sus presidentes formaban parte de la Directiva del Foro.

En la Asamblea de diciembre de 2001 se planteó “falso dilema”: descentralización “vs” mantenimiento de los Comités Técnicos. Así, en una votación que resultó poco transparente, se definió la “desaparición” de los

comités técnicos y el fortalecimiento de las instancias departamentales. Esta decisión significó el “inicio del fin”. Hoy se plantea al PNSSR la importancia de reconstruir el espacio perdido.

Por otra parte también hay que reconocer que dada la influencia de USAID, lo que pudo ser una instancia de debate y propuestas para el mejoramiento del programa de SSR y la exigencia del cumplimiento de los derechos SSR emanados de las conferencias del Cairo y Beijing, no tuvo éxito, al convertirse en una estructura burocrática y poco abierta al debate o al cuestionamiento del mismo programa de SSR. Temas como el aborto y anticoncepción de emergencia fueron vetados.

En el último tiempo el Ministerio ha intentado revertir esta situación de distanciamiento de la sociedad civil. Reconociendo la necesidad de “nutrirse de insumos”, ha convocado a distintos actores, principalmente a ONGs y a agencias de cooperación, a la conformación de Mesas de Discusión en torno a los siguientes temas: evaluación, anticoncepción, cáncer, movilización comunitaria, IEC. El objetivo es contribuir a que “la política de salud se base en evidencia”.⁸⁵ Se trataría de una especie de “laboratorios de política pública”⁸⁶, orientados, además, hacia la “re-construcción” del Foro Nacional por la Salud Sexual y Reproductiva con sus jornadas científicas, que se espera pueda ser nuevamente convocado en el primer semestre de 2004.

El tema del rol de la sociedad civil y su participación en la promoción y gestión de la salud, forma parte nodal del modelo de gestión vigente y, en ese marco, de la propuesta de Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008 pendiente de aprobación. El modelo, que supone redes sociales empoderadas para ejercer sus derechos y, a su vez, para contribuir en la promoción y apoyo a los servicios, no es una novedad, pero ojalá sí las intenciones manifiestas respecto a realizar las acciones necesarias para poner este postulado en práctica.

Respecto a la Reforma del Sector Salud, han sobresalido su poder económico y su respaldo político-partidario para constituirse casi en un “Ministerio Paralelo”, que más que tejer articulaciones sinérgicas con el Ministerio de Salud, lo ha desafiado y ha competido contra él. Se caracteriza por un enfoque economicista-gerencial, poco o nada compenetrado en los discursos y lógicas de los derechos. A pesar de contemplar a las redes sociales como actoras fundamentales, no se observan logros concretos en ese sentido.

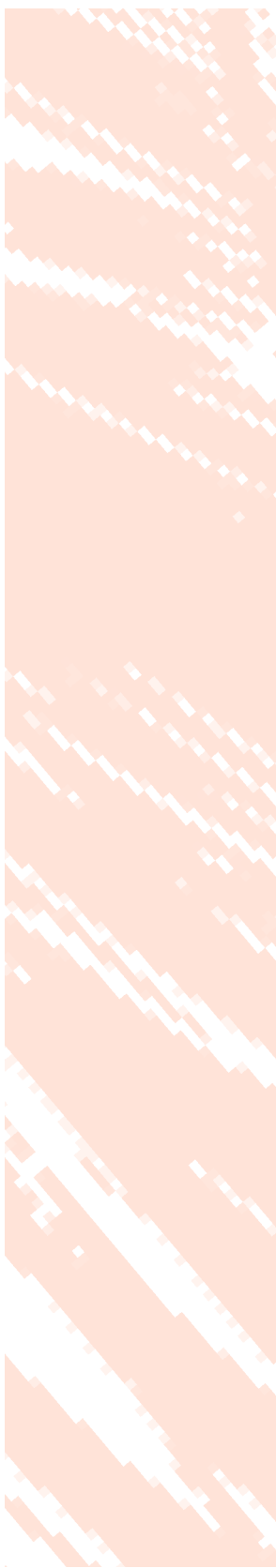
Otra instancia cuya institucionalidad se observa muy debilitada y que se ha convertido en terreno propicio para la injerencia político-partidaria, es el Viceministerio de la Mujer, que ahora forma parte del Ministerio de Desarrollo Sostenible. A escasos días de haber aprobado el Plan Quinquenal 2003-2007 se cambiaron las autoridades⁸⁷, y todo lo avanzado y definido volvió a quedar en la incertidumbre. Después de los sucesos de octubre nuevamente se dieron cambios. Como ya se apuntó anteriormente, una buena señal que rompería con la tradición de “volver a empezar siempre de cero”, es la decisión de analizar las propuestas de sus dos antecesoras como fuente y con el espíritu de



⁸⁵ Expresión utilizada por Iván Prudencio del UNFPA.

⁸⁶ El partido político al que pertenecía la entonces Viceministra abandona la coalición de gobierno.

⁸⁷ Entrevista con María Elena Burgos, Viceministerio de la Mujer.



dar continuidad a los procesos iniciados y dar curso a las buenas propuestas aún no puestas en ejecución.

El cambio más reciente se sucede cuando las presiones e intereses partidarios que amenazaban con imponerse sobre avances alcanzados en función a la capacidad técnica de varias funcionarias del Servicio Civil y la perspectiva de un fortalecimiento de la institucionalidad.

En cuanto a relacionamiento intersectorial se refiere, los avances son todavía coyunturales y muy vulnerables. Por ejemplo, desde el Viceministerio de la Mujer no existen canales establecidos de incidencia en otros sectores, e incluso al interior del mismo Ministerio.

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe señalar que durante la gestión pasada se han realizado algunos esfuerzos para coordinar iniciativas y actividades. Sólo a manera de ejemplo, ya mencionamos en páginas anteriores el trabajo del Viceministerio de la Mujer con el INE para el diseño de los cuestionarios de la ENDSA 2003. Otra iniciativa que ha significado contactos y relacionamiento intersectorial es la referida al “Código de Familia Concordado. Propuesta de Reforma del Código de Familia”.⁸⁸

También en esta sección cabe mencionar a organizaciones como la Asociación de Concejalas de Bolivia, Unión de Mujeres Parlamentarias y Foro Político, en tanto congregan, al menos mayoritariamente, a mujeres que forman parte del Estado y del sistema político-partidario.⁸⁹ De acuerdo al análisis del Viceministerio de la Mujer, estas y otras organizaciones de índole política (no necesariamente partidaria) tienen una presencia coyuntural y se articulan en torno a consensos también coyunturales: “Es decir que fungen como redes que posibilitan la transmisión de demandas generales –que casi siempre apuntan a la participación política- en gran parte amparadas por la cooperación internacional” (125).

En relación a las mujeres de partidos políticos, el riesgo “latente” siempre tiene que ver con la posibilidad de subordinación de las reivindicaciones de género de los partidos, aunque sin duda estas mujeres son claves para establecer alianzas que permitan ser eficaces en la propuesta y fiscalización de las políticas públicas (por ejemplo en relación a la Agenda Legislativa de las Mujeres).

Puesto lo anterior a la balanza y de acuerdo al *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003*, cabe afirmar que “se han generado nuevos espacios de participación política organizada de mujeres y también nuevos liderazgos femeninos que hoy día reclaman voz y participación en las decisiones. En este sentido, en los últimos años el movimiento de mujeres se ha ampliado, han surgido nuevas organizaciones de mujeres pertenecientes a ámbitos de acción y de influencia diversos” (14).

⁸⁸ Aunque este último incluye la participación de mujeres de la sociedad civil.

⁸⁹ Entrevista realizada a Ximena Machicao.

La Cooperación Internacional

Para bien y para mal, la cooperación internacional juega un papel central en la definición y aprobación de leyes y políticas vinculadas con los derechos de las mujeres y su salud sexual y reproductiva.

Los avances normativos en el país en materia de género y derechos sexuales y reproductivos en gran medida serían resultados (positivos) de la presión de la cooperación internacional y, frecuentemente, de la alianza con el movimiento de mujeres, aunque a su vez esta “falta de apropiación” por parte de las instancias estatales correspondientes estaría definiendo su mayor debilidad y, consecuentemente, sus pocas posibilidades de operacionalización rápida y efectiva.⁹⁰

USAID es la agencia bilateral más importante en salud sexual y reproductiva. Interviene a través del Programa de Salud Integral Nacional (PROSIN) y a través de muchas organizaciones no gubernamentales financiando con montos significativos a proyectos de salud de diferente tipo. Las ONGs se han congregado en una red llamada Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI), que dispone de flexibilidad para colocar directamente recursos presupuestales en el sector.

Desde 1996 el DFID (Department for International Development) ha fortalecido su apoyo al programa. Hasta ahora la Cooperación Británica ha priorizado su apoyo en aspectos relacionados con los insumos de anticoncepción y los sistemas de logística de éstos, pero ahora está modificando su enfoque más en relación a los derechos y la inclusión social. El DFID interviene directamente y también a través de Organizaciones no Gubernamentales en distritos de salud priorizados. Dona todos los insumos de anticoncepción al Seguro Básico de Salud – ahora SUMI. El DFID prevé para los próximos 5 años incrementar su apoyo en el componente de Calidad de Atención de los Servicios de SSR a nivel nacional, y continuar con el fortalecimiento del sistema logístico y la donación de insumos. El DFID también apoya el proyecto ABRIR vinculado con la Reforma de Salud.

La GTZ apoya todo el programa de SSR ofreciendo asistencia técnica más que financiera. En una primera fase brindó fortalecimiento técnico a un distrito rural de salud apoyando la creación de un hospital y servicios de área y con equipamiento. En una segunda fase desarrolla un proyecto sobre SSR para brindar asistencia técnica a una gran cantidad de distritos sanitarios. UNFPA interviene directamente en el programa de SSR fortaleciendo el programa con pago de salarios a recursos humanos de componentes específicos, como es el de planificación familiar y de cáncer de cuello de útero y de mamas. También en cada departamento paga a los responsables departamentales de SSR. Cabe desatacar que el Proyecto Salud Reproductiva Nacional de la GTZ está en su etapa de cierre.

El Banco Mundial y el BID a través de la Reforma en Salud y el Seguro Básico de Salud, fortalecían el programa de SSR en la gerencia de los distintos niveles de atención, capacitación y fortalecimiento de redes de servicios y paquete materno neonatal.

Existe una instancia de coordinación interagencial en la que participan las distintas agencias y donantes involucrados en el sector salud. La percepción es, sin embargo, que los logros y resultados en términos de coordinación y



⁹⁰ El Foro Político Nacional de Mujeres “conjuga la diversidad, la heterogeneidad de las mujeres políticas y la sociedad civil, convoca inicialmente a militantes y parlamentarias de todos los partidos políticos, acogiendo en el proceso a mujeres de organizaciones de la sociedad civil...Se plantea como objetivo principal articular propuestas dirigidas a ampliar la participación política, activa, efectivo y decisoria de las mujeres” (Amonzabel y Paz, 2003:33-34).

articulación de acciones no son óptimos. A diferencia de lo que acontece en la Interagencial de Género, en este espacio no participan instancias representativas de la sociedad civil y/o movimiento de mujeres vinculadas al sector salud. En ese sentido, entre las prioridades de la OPS se encuentra la constitución del Foro de la Salud, que buscaría convocar a todos/as los/as actores/as vinculados/as a la salud.

Cabe destacar que, aunque con sentidos y contenidos no necesariamente similares, el tema de la participación de la sociedad civil y del establecimiento de alianzas estratégicas está muy presente en los discursos, planes y acciones de la cooperación. Con los sucesos de octubre esta necesidad de brindar espacios “donde se pueda hablar”, se expresa de manera más latente, aunque a la par está la demanda de recuperar el sentido político de la participación y de vincularla a procesos de toma de decisiones trascendentales. En ese marco, el Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003 busca demostrar “que las políticas públicas cuando son participativas y pluralistas, han sido también más eficientes y más efectivas en sus logros” (PNUD, 2003:26). El documento de análisis de la equidad de género en la década 1992-2002 también concluye que “las políticas exitosas son aquellas en que han coincidido las estratégicas públicas prioritarias y las demandas y asuntos con mayor presión desde cierto tipo de organizaciones emergentes” (Viceministerio de la Mujer, 2003:207).

Por otra parte, en este momento varias instancias de la cooperación internacional están revisando sus enfoques y reconsiderando su participación directa en el sector salud. Dada la dependencia de financiamiento externo que existe, los cambios que se decidan podrán afectar la continuidad, sostenibilidad y ampliación de las políticas y programas de SSR. También es posible que se generen condiciones favorables para recuperar una línea más claramente orientada hacia la ampliación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En cuanto al tema género, la acción de la cooperación internacional “ha privilegiado el apoyo a nivel gubernamental a fin de lograr la institucionalización del tema género. Al mismo tiempo la cooperación concentra buena parte de sus recursos en programas y proyectos en los que el tema género se plantea como transversal. El principal apoyo al organismo gubernamental de género ha provenido de la cooperación de Suecia y Holanda”, con una participación del 40% y 47% del presupuesto 1997-2002 correspondientemente, lo que significa un aporte limitado al 13% del TGN (Viceministerio de la Mujer, 2003:203). “Se puede concluir que los recursos de cooperación se convirtieron en un factor fundamental para el avance en el posicionamiento del tema de género en el Estado y en la sociedad civil en general” (*Íbid.*:204). ¿Viabilidad vs. dependencia?

8.3. Movimientos de Mujeres y las Organizaciones de la Sociedad Civil

A nivel de la sociedad civil (movimientos de mujeres, organizaciones de base, ONGs) existen grupos que han creado instancias de cabildeo y

sensibilización para vigilar y promover medidas que vayan a favor de salud de las mujeres, como por ejemplo los Grupos de Embarazo no Deseado y Aborto, la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto, el Grupo de Masculinidades y otros.

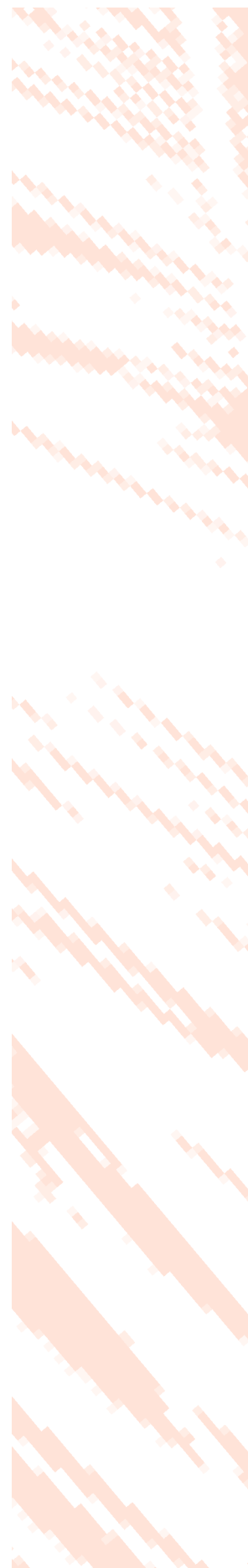
También hay que destacar la conformación de la Articulación de Mujeres por la Equidad y la Igualdad (AMUPEI), en tanto alianza estratégica que congrega a diversas organizaciones y expresiones del movimiento de mujeres a nivel nacional y departamental en torno a programas y proyectos compartidos. Su existencia ha motivado discusiones no acabadas en torno a las posibilidades de articulación que se pueden construir, desde esquemas “ONGistas” orientados hacia la eficiencia y eficacia en la generación de propuestas e incidencia en políticas públicas, hasta plataformas horizontales que priorizan la inclusión de distintas expresiones del movimiento.

Para los efectos de este documento cabe señalar que actualmente el AMUPEI está ejecutando, entre otros, un proyecto de vigilancia parlamentaria. Otras actividades realizadas incluyen el seguimiento a la aplicación de los compromisos internacionales (Seminario Nacional de Evaluación a las Políticas Públicas de Género, Panel Pre-electoral, etc.).

Otra iniciativa interesante, novedosa y articulada internacionalmente, es el Consorcio de Anticoncepción de Emergencia, que tiene como misión el “contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, reducir la morbi-mortalidad materna en Bolivia, a través de la promoción, difusión y acceso a la anticoncepción de emergencia (AE) dentro de un contexto de perspectiva de género, generacional, derechos sexuales y derechos reproductivos”. En junio de 2002 el Consorcio estaba conformado por 11 organizaciones e instituciones.

En cuanto a las organizaciones de base y como ya se adelantó en una sección anterior, “el nudo del problema radica en la imposibilidad de generalizar planteamientos de género cuando existen rasgos tan profundos de desigualdad social y cultural entre mujeres, lo que retraduce en el hecho de que los supuestos con los que se mueven las instituciones resultan ajenos a los supuestos con los que lo hacen las organizaciones de base. Es el caso de las políticas de salud sexual y reproductiva. En éstas, el peso de las dinámicas políticas comunitarias torna secundarios de género, especialmente frente a los problemas de explotación y subordinación social, política y económica del conjunto y, claro está, a sus estrategias colectivas de sobrevivencia” (Viceministerio de la Mujer, 2003:134).

Desde una perspectiva, el movimiento de mujeres en general y feminista en particular, está atravesando por un momento de crisis e incapacidad de reacción frente a los cambios y retrocesos que se dan en relación a los derechos de las mujeres. La capacidad de respuesta parece pasar por lógicas y procedimientos institucionalizados, antes que por convicciones y visiones compartidas que permitan aunar esfuerzos y construir alianzas de manera inmediata.



Desde otra lectura, el Informe de Desarrollo Humano de las Mujeres 2003 afirma que “el movimiento de mujeres está atravesando por una serie de transformaciones que si bien no acaban de ‘cuajar’ plenamente, apuntan a su renovación y fortalecimiento” (PNUD, 2003:14). Lo que se debilita “no es del movimiento de mujeres, sino las concepciones y formas ‘tradicionales’ de movimiento ligadas a grupos restringidos de mujeres” (*Ibid.*, 2003:59).

Quizás en la tensión entre ambas lecturas se puedan entender, por una parte, los silencios y ausencia de respuestas oportunas y eficientes frente a medidas que vulneran los derechos de las mujeres (ej. cuando el SUMI se lanza), y, por la otra, el potenciamiento estratégico (ej. Agenda Legislativa, proyecto de vigilancia parlamentaria) del movimiento y el desarrollo de procesos participativos y descentralizados, aunque los nudos de la diferencia y exclusión intra-genérica poco se han tocado.

8.4. Esfuerzos de Coordinación entre el Estado y la Sociedad Civil

El **Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura** “es un organismo intersectorial que impulsa la participación interinstitucional e interagencial en acciones de reducción acelerada de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Bolivia” (Seoane, 2003:44). Frente a un panorama bastante generalizado de debilitamiento de las instancias de coordinación intersectorial, intrasectorial y entre el Estado y las organizaciones de la sociedad civil – aunque ya hemos resaltado la iniciativa reciente de las Mesas de Discusión- resulta ser una excepción por su situación fortalecida y proyecciones hacia el futuro.

El Comité fue creado en 1996 como respuesta a la Declaración Andina por una Maternidad sin Riesgo con el objeto de respaldar el Plan Vida.

El 2002 se constituye en el **Consejo Inter-institucional por una Maternidad Segura** y el mismo año realiza durante el mes de diciembre un taller de planificación estratégica.

Integrantes:

Presidencia de la República, Despacho de la Primera Dama.

Ministerios: Salud, Educación, Desarrollo Sostenible, Asuntos Campesinas, Indígenas, Género, Generacionales, Hacienda.

Agencias de Cooperación, ONGs, Sociedades científicas, organizaciones de mujeres, universidades y otros.

(Seoane 2003:45)

El Consejo define su accionar a partir de tres Áreas de Acción :

- Abogacía y sensibilización
- Movilización comunitaria
- Fortalecimiento institucional

En el taller de Planificación Estratégica realizado en diciembre pasado, se identificaron las siguientes perspectivas:

- Consolidación del Consejo, Comités Departamentales y Municipales.
- Carpeta municipal.
- Decreto de movilización comunitaria.
- Seguimiento de los Estudios postcensales.
- Promoción de los Derechos de la mujer embarazada.
- Promoción de las prácticas mejoradas de salud materna y neonatal, con base en la evidencia.
- Apoyo a planes y programas de salud materna y perinatal.
- Promoción y apoyo a la implementación del SUMI (Seoane, 2003:48).

Por otra parte también resulta importante destacar la coordinación lograda por distintas instancias – Articulación de Mujeres por la Equidad y la Igualdad (AMUPEI), Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL), la Unión de Mujeres Parlamentarias de Bolivia (UMPABOL), Viceministerio de la Mujer. Foro Político de Mujeres⁹¹ - para la definición de la “Agenda Legislativa de las Mujeres: Período 2002-2007”. Esta agenda busca “el compromiso de todas y todos los parlamentarios para la construcción de un marco normativo que promueva efectivamente la igualdad y equidad para las mujeres bolivianas”.

La agenda incluye demandas de fiscalización y legislación en las siguientes áreas:

- Participación política y ciudadanía de las mujeres.
- Educación y capacitación
- Violencia hacia las mujeres
- Justicia y equidad de género
- Economía y pobreza
- Derechos sexuales y derechos reproductivos.

En este último punto se precisan tres demandas de fiscalización:

- Reglamentación al Artículo 266 del Código Penal relativo al Aborto Impune.
- Reglamentación del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI-velando por la protección de los derechos sexuales y reproductivos.
- La vigencia y financiamiento de los Programas Especiales Nacionales de Salud.

La agenda también contiene, en el área de Justicia y Equidad de Género, la necesidad de legislar la Responsabilidad Penal por Negligencia Médica. Luego de los sucesos de octubre pasado se ha planteado la revisión participativa de la Agenda a partir de nuevas prioridades que el momento actual pueda demandar. Todavía no se conocen los resultados.

ra iniciativa relevante y de gran impacto potencial, es la ya mencionada constitución, en noviembre 2002, del Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual.



⁹¹ Siguiendo el espaciamiento de 4 años (1994, 1998), la ENDSA debió haberse realizado ya el 2002. Incluso se comenta que su realización durante este año no estaría del todo garantizada.

9. A MANERA DE CONCLUSIONES

9.1. Aspectos a Resaltar del Informe

Disponibilidad de Información

1. Específicamente para el período consignado en este informe - 2000 al 2002- no es posible obtener información actualizada sobre todos los aspectos relevantes. La no realización de una ENDSA después de 1998 significa un problema, a lo que se añade, por ejemplo, el carácter desactualizado de los datos que pueden obtenerse a través del SNIS (el último año para anticoncepción es el 2000).
2. El problema de la disponibilidad, acceso y calidad de la información es un problema en Bolivia, así como también-cuando existen- el no-uso de los datos e información como insumos de gestión y toma de decisiones.
3. El tema del acceso y la calidad de la información está estrechamente ligado a discusiones en torno a la voluntad política de los gobiernos y tomadores/as de decisión.

Contexto Internacional

1. A ocho años de Beijing y en el marco de un contexto internacional signado por la influencia del creciente conservadurismo estadounidense, América Latina muestra procesos no lineales de avance de las mujeres: logros irreversibles en cuanto a ingreso al mundo público del trabajo no remunerado y a acceso escolar, acompañados por procesos variables de institucionalización de entes rectores de políticas de género, frente a grandes obstáculos en la participación política y para revertir la brecha de ingresos.
2. El riesgo que corre una mujer durante su ciclo de vida de morir por un embarazo es de 1 en 130 en América Latina y el Caribe. Sin embargo, la región presenta algunas de las mayores inequidades en mortalidad materna del mundo, con una disminución lenta en los países más afectados por su situación de creciente pobreza. El aborto es considerado un problema de salud pública por las graves consecuencias que tiene sobre la salud y por las desigualdades socioeconómicas que

refleja.

3. A nivel regional existen avances normativos a favor de los derechos sexuales y reproductivos, aunque éstos no necesariamente van acompañados por condiciones sociales, políticas, económicas y culturales que garanticen su ejercicio.

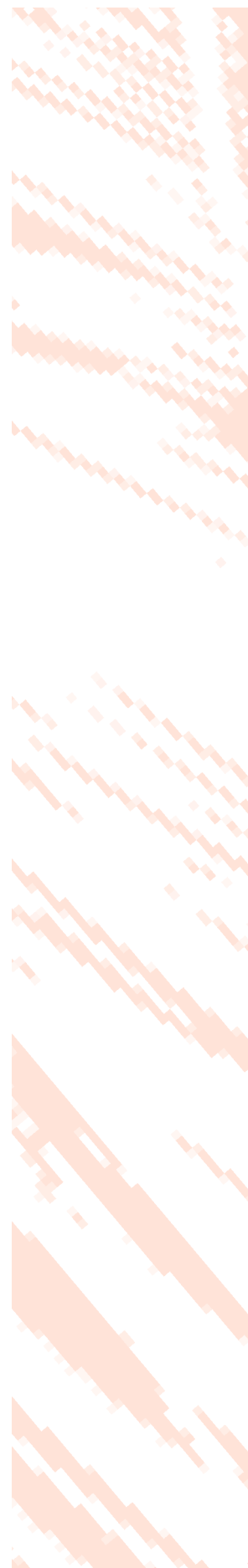
4. El concepto de “Reforma del Sector Salud” tiene significados muy distintos. En América Latina se asocia principalmente a procesos de descentralización y reformas del sistema de seguridad social, imbricados en los Programas de Ajuste Estructural, que afectan de manera particular a las mujeres, vulnerando los principios de justicia social y derechos humanos de El Cario.

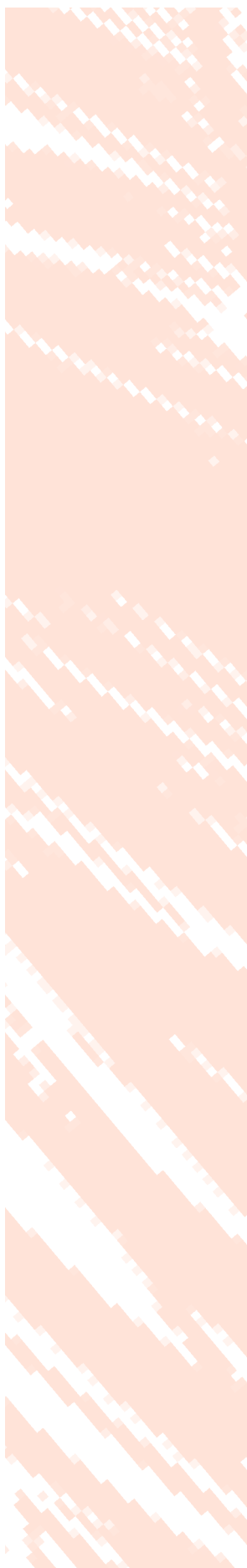
5. La salud sexual y reproductiva no ha sido proiorzada por las Reformas. Existen brechas de lenguaje y discurso (“gerencial-tecnocrático vs. de derechos”), énfasis en la oferta vs. atención en los servicios y la calidad de la prestación, y la concepción de la salud sexual y reproductiva en el marco de un enfoque de programas verticales.

Contexto Político y Económico del País

1. Por ahora se puede afirmar que, en general, el período de análisis está marcado por una crisis social, económica y política que no ha permitido a Bolivia salir del estancamiento. Este contexto está marcado por:

- Crisis de gobernabilidad
- Conflictos sociales agudizados, conllevando a pérdidas humanas.
- Aumento de diversas demandas provenientes de un sector (campesinos, obreros, estudiantes, policías, jubilados etc.) o de una articulación de sectores (policías y estudiantes, obreros y campesinos, campesinos, obreros y clases medias).
- Fuerte cuestionamiento al modelo neoliberal y a la economía de mercado
- Defensa de los recursos naturales.
- Violación permanente de los derechos humanos.
- Estrategias de Reducción a la Pobreza con dificultades para su implementación, la sostenibilidad, la participación ciudadana y popular, y la descentralización. La brecha entre pobres y ricos se amplía. No hay generación de empleos ni mejoramiento de ingresos.
- El desempleo se traduce en la necesidad de nuevos anclajes identitarios y asociativos, que se encuentran en lo étnico-racial, que se construye en el marco de procesos de aguda polarización social.
- Las políticas de estabilización y las reformas estructurales no consideraron, de manera suficiente, la pobreza como el objetivo central y carecieron de una visión integral de este problema. Al presente, un 63% de la población en Bolivia es pobre y un 37% de ésta vive en la extrema pobreza. La pobreza en el área rural dramáticamente alcanza al 82% de su población.





2. Los indicadores socioeconómicos han mostrado un comportamiento demográfico que es necesario analizar:

- Incremento de la población adulta, frente a reducciones de la población infantil de más de dos años.
- Incremento de la población joven frente a la migración de las mismas a zonas urbanas y fuera de país.
- Disminución de la distancia entre el porcentaje de hombres y mujeres en el país, acrecentándose la población de hombres.

3. Falta de políticas interculturales y de reconocimiento efectivo de la diversidad. Las cifras en relación a la percepción de identidad indígena cuestionan los supuestos que esta población está disminuyendo, pues el Censo 2001 muestra que más de la mitad de la población boliviana se identifica como indígena.

4. Débil incorporación de políticas de género en las estrategias de pobreza que tiendan a asegurar mejores condiciones de vida y autonomía de las mujeres. En el contexto internacional, es una prioridad esta incorporación. Varios países cuentan con políticas, programas y estrategias, aunque no todos incorporan explícitamente las dimensiones de género.

Políticas de Género

1. Las políticas de género en Bolivia se dan en el marco de las reformas del Estado, y son reflejo de las tensiones que de ellas se derivan. Han permitido ampliar los espacios y oportunidades de educación y participación de las mujeres, así como importantes cambios normativos, pero no han logrado, en general, revertir la exclusión de las mujeres ni las desigualdades e inequidades que de ella se derivan.

2. Se han conseguido avances en cuanto a la institucionalización de un ente rector y a la transversalización del enfoque de género en los distintos sectores, aunque éstas no se traducen necesariamente en fortalezas y logros. Resulta particularmente preocupante la situación de inestabilidad y debilitamiento técnico-político progresivo del Viceministerio de la Mujer, encargado de normar las políticas de género y transversalizar la perspectiva de género en el Estado.

Reforma en Salud

1. La Reforma en Salud en Bolivia se aplica desde 1997. A la fecha se encuentra en su segunda fase. El objetivo de la Reforma, al igual que las otras reformas sociales, es el de contribuir al alivio de la pobreza y aumentar la equidad, por lo que la Reforma en Salud debe cumplir con las metas y principios establecidos en el Diálogo 2000 y en la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza.

2. La Reforma se ejecuta desde el Ministerio de Salud a través de la Unidad de Reforma en Salud creada para tal fin. Sin embargo, por la

ejecución de gastos dicha Unidad coordina con otras instituciones que se encargan de la ejecución del gasto y control financiero de los recursos. Entre ellas están el Fondo Solidario Nacional, el Tesoro General de la Nación y Participación Popular a nivel central, y las prefecturas departamentales y municipios a nivel local.

3. Las líneas estratégicas de la Reforma desde 1997 hasta su segunda fase, que concluye en el 2005, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, la prevención y control de las enfermedades endémicas principales en el país, el fortalecimiento institucional y la descentralización del sistema de salud del país, han generado una serie de actividades operativas y normativas que no terminan por evaluarse objetivamente.

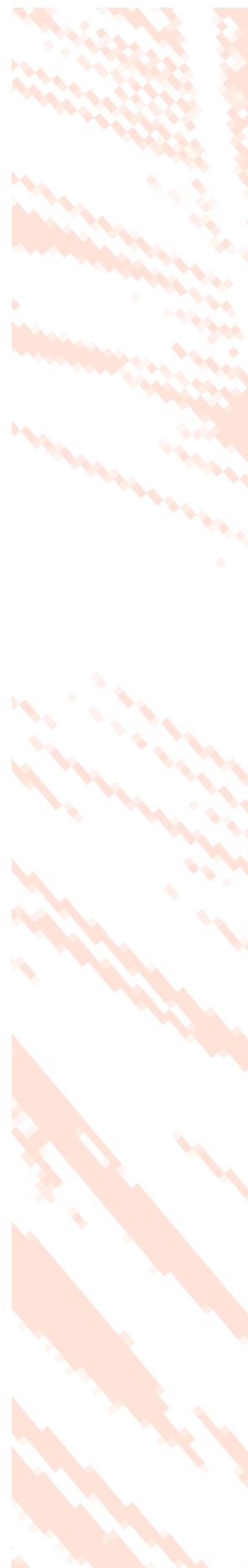
4. Las evaluaciones que se han realizado a la fecha sobre los resultados o logros obtenidos por la Reforma son escasas y han sido realizadas desde una visión sectorial y gubernamental. No en vano se interpretan algunas estrategias - como el SBS y el SUMI- como estrategias políticas más que institucionales. Los sectores de la sociedad civil no han formado parte de los equipos evaluadores, por lo que se han cuestionado los logros presentados por el propio Ministerio de Salud.

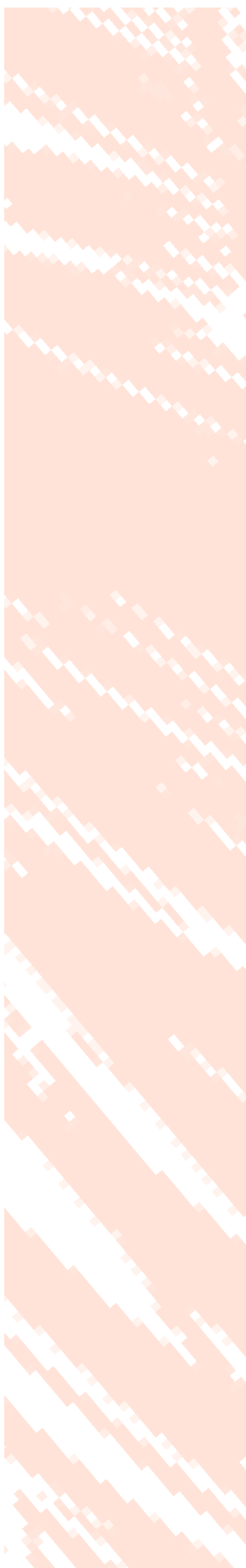
5. Las estrategias para lograr la reducción de la mortalidad materna e infantil han girado en torno a la implementación del Seguro Básico de Salud - SBS- y el Seguro Universal Materno Infantil - SUMI. El SBS tuvo más de 90 prestaciones relacionadas con prevención, diagnóstico y curación de salud reproductiva (salud materna, anticoncepción, cáncer, ITS) para mujeres en edad fértil, adolescentes, hombres y niños menores de 5 años. El SUMI aumenta sus prestaciones a más de 400 a mujeres embarazadas hasta los 6 meses después de parto y a niños menores de 5 años, pero excluye al resto de la población.

6. Ambos seguros intentan ser sostenibles vía municipal. Con el SBS los municipios aportaron el 6.4% con recursos provenientes de la coparticipación tributaria, en tanto que con el SUMI los municipios deben llegar paulatinamente a aportar el 10%. Estos porcentajes solamente cubren las prestaciones a la madre y menores de cinco años. Con el SBS las demás prestaciones estuvieron financiadas con donaciones y apoyos de la cooperación internacional a los programas especiales, entre ellos el de SSR. Con el SUMI la figura es más clara por cuanto la misma Ley especifica que los “programas especiales no desaparecen, sino que continuarán con el apoyo externo”.

7. Se han identificado los siguientes puntos como vacíos y cuestionamientos a la Reforma en Salud:

- La mejoría de la salud materna y de la niñez, si bien, muestra indicadores de crecimiento en las últimas encuestas nacionales y censos, sigue siendo baja y no llega a los/as más pobres.
- Los resultados logrados por EXTENSA (extensión de coberturas) y





BRISAS no se conocen todavía; no hay información al respecto para tener una apreciación de su efectividad.

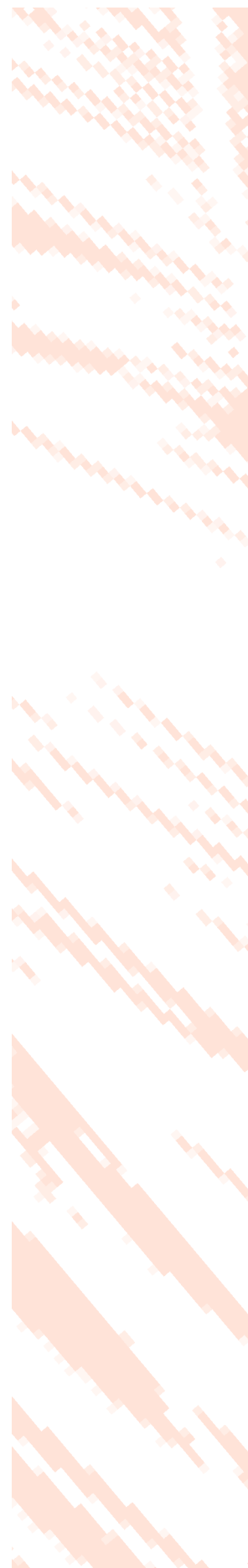
- La contratación y asignación de recursos humanos ha enfrentado una serie de dificultades por la falta de claridad en los procedimientos. Se conoce que gran parte de los recursos HIPC no han sido asignados a las áreas del nivel primario de atención y a las zonas más pobres. Por el contrario, los nombramientos han venido a fortalecer el sector terciario y urbano. Por otro lado, los/as profesionales tampoco quieren aceptar cargos en zonas tan alejadas y pobres. No hay una política de incentivos para este personal y no hay condiciones en estos lugares para que se puedan trasladar con sus familias. Es decir, si no se trabaja en una política adecuada, eficiente y justa de recursos humanos, es posible que toda la estrategia se vea debilitada.
- La población en su conjunto no tiene información en salud, y mucho menos de sus derechos.
- El control social ha tratado de ser incorporado pero con lógicas de paternalismo, liderazgos no reconocidos por la comunidad o sin mecanismos concretos de exigibilidad.
- No hay una visión clara de lo que es la Reforma en Salud, ni siquiera en los propios ejecutores de la misma. Incluso para algunos no existe una Reforma en Salud, y si la hay ésta debería constituirse en el eje rector de las políticas de salud, pero es un ente aislado que está preocupado por cumplir con los compromisos adquiridos ante la banca multilateral. Para algunos es un “ministerio paralelo”, sin una visión estratégica ni un plan. Al interior del Ministerio de Salud hay poco conocimiento de lo que hace la Reforma, no hay una solicialización, ni coordinación intra-sectorial; por el contrario, se ha generado una competencia cuyas consecuencias no se han sentido todavía.
- La Reforma no asegurará el mejoramiento las condiciones de la salud de las mujeres, mientras persista la política de la salud “materna”. Si bien es importante la salud materna, ello no significa que no se prioricen actividades y políticas que favorezcan el ejercicio de los derechos, el acceso a servicios preventivos como la anticoncepción y el cáncer de la mujer, a la educación, al trabajo y a la participación ciudadana.
- La Reforma en salud se aplica en el sub sector público. No hay medidas, regulaciones y normas relativas al sub sector privado, sector que no está articulado en las estrategias de salud para lograr la equidad.
- La descentralización está encontrando muchos tropiezos. No hay una lectura clara de este proceso por parte de los niveles locales para asumir responsabilidades, pero también el nivel central no ha

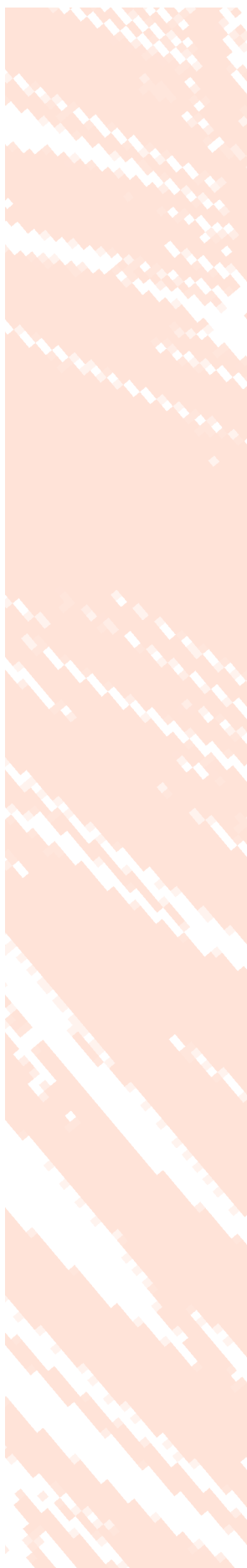
generado un proceso adecuado que de lugar a la descentralización; más bien, ha sido un evento abrupto y politizado.

- Entre los factores críticos para la implementación y para el logro de las MDM se encuentran: La sostenibilidad fiscal, la sostenibilidad institucional, la participación y el diálogo

Salud Sexual y Reproductiva: Avances y dificultades

1. Bolivia cuenta con un marco normativo muy avanzado en relación a otros países en América Latina y otras regiones del mundo. Sin embargo, existe una gran brecha entre la existencia de las normas y su aplicación, que tiene que ver con múltiples factores y situaciones que ameritan un análisis profundo y detallado. Ello coincide, con el análisis del contexto internacional, en el que se identifican avances en el acceso de las mujeres al ámbito público del trabajo remunerado y el incremento del logro educativo, en tanto que los avances en relación con los servicios de salud materno-infantil y salud reproductiva se caracterizan por su volatilidad.
2. Consecuentemente, es posible afirmar que en gran medida los compromisos de Cairo y Beijing han quedado en un plano teórico. Asimismo, cabe precisar que el marco legal, político e institucional de la SSR prácticamente fue hecho en los 90s, y a partir de allí se han realizado algunas innovaciones o cambios pequeños, que no han trascendido, empero, hacia un cambio radical en el programa.
3. La sexualidad no se aborda como un servicio. El enfoque sigue siendo reproductivo.
4. La incorporación de los hombres en procesos educativos y de atención no ha merecido la importancia que amerita. Estos siguen centrándose en las mujeres.
5. El enfoque de género ha sido difícil de operativizar. No se identifican todavía acciones concretas al respecto. Tal vez un avance es la identificación de ausencia de estadísticas que den cuenta de la situación de la salud en la que se encuentran las mujeres, niñas y adolescentes.
6. Se observan avances en las políticas relacionadas con la maternidad segura.
7. La atención diferenciada a los/as adolescentes se concentra en algunos servicios.
8. Hay un debilitamiento de las políticas de salud sexual y reproductiva desde el Estado. Varios factores han causado esta situación, entre ellos una falta de liderazgo, la dependencia de la cooperación y la priorización de enfoques materno-infantiles.
9. El acceso a los servicios es difícil por condiciones geográficas y relacionadas con la calidad de la atención. La infraestructura, el personal desmotivado, la alta rotación, y sensibilización sobre una





atención basada en el respeto, las barreras burocráticas y administrativas, hacen que la calidad en los servicios públicos sea percibida por la población usuaria y no usuaria como mala.

10. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos está explícito en algunos documentos normativos, pero no hay cumplimiento de los mismos. No hay una supervisión y una exigencia para cumplimiento de las mismas.

11. Por otro lado, la población no cuenta con información y mecanismos claros sobre como ejercer sus derechos, a donde ir, y como asegurar su ejercicio y denunciar su no observación.

12. Se estima que la mortalidad materna descenderá gracias a que la fecundidad continuará reduciéndose, al mismo tiempo que se incrementa la cobertura del parto hospitalario. Esto es así en la medida que el SUMI asegura la atención del parto hospitalario de forma gratuita, pero no la anticoncepción de intervalo y no hay una mejoría de la calidad de atención en los servicios.

13. Actualmente el PNSSR está estructuralmente en una nueva Dirección: Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, que implica mayor rango a nivel de decisiones y autonomía. Se espera que esta nueva estructura coadyuve al programa. Hasta el momento parece ser solo es un cambio de nombre.

14. La puesta en agenda de la SSR con miras al cumplimiento de los compromisos asumidos en las conferencias internacionales, ha sido una preocupación de agencias y ONGs. En este punto llama la atención la poca visibilidad que han tenido los movimientos civiles de las mujeres como defensoras de los logros de la SSR y de su futuro.

15. La situación de la SSR es crítica no sólo para Bolivia. Como ya se mencionó, una ola conservadora de políticas económicas y sociales se ha hecho explícita después de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 en los EE UU, a partir de los cuales se radicalizó la política conservadora, se fortalecieron los fundamentalismos en todas sus expresiones, y se redefinieron las prioridades financieras. En ese marco, en muchos países se observa la creciente influencia - explícita y/o implícita- de las iglesias conservadoras en el Estado y sus políticas.

Aborto

1. Bolivia pasó de una política conservadora en SSR a una de las más avanzadas en el continente después de la Conferencia del Cairo, para retornar hoy a un período de estancamiento y tibieza en relación a los DSR.

2. El aborto ha sido reconocido como un problema central de salud pública. Se estima que entre un 27 a 35% de las muertes maternas en Bolivia están relacionadas con abortos realizados en condiciones de riesgo. Como causas se vinculan la necesidad insatisfecha de

anticoncepción, la aguda crisis económica y precarización de empleo, y la violencia sexual. En torno a esta última se ha conformado recientemente un Comité Impulsor del Abordaje de la Prevención, Detección y Atención a las Víctimas Sobrevivientes de la Violencia Sexual”.

3. La legislación boliviana permite el aborto legal, aunque la falta de una reglamentación ha obstaculizado drásticamente la aplicación de la Ley. Actualmente la Campaña 28 de septiembre, que congrega a representaciones de varias organizaciones de mujeres, está abogando por una Ley de Interrupción Legal del Embarazo que permita revertir esta situación.

4. Desde 1999 las complicaciones del aborto incompleto son atendidas en centros y hospitales públicos. En relación al contexto latinoamericano, Bolivia es el único país con Normas Nacionales de Atención Post Aborto desde el sistema público de salud. Adicionalmente cabe destacar la inclusión de la anticoncepción de emergencia entre las prestaciones del SUMI.

5. Uno de los desafíos principales en relación con la prevención del aborto realizado en condiciones de riesgo, tiene que ver con garantizar la provisión de anticonceptivos más allá del año 2004.

Actores

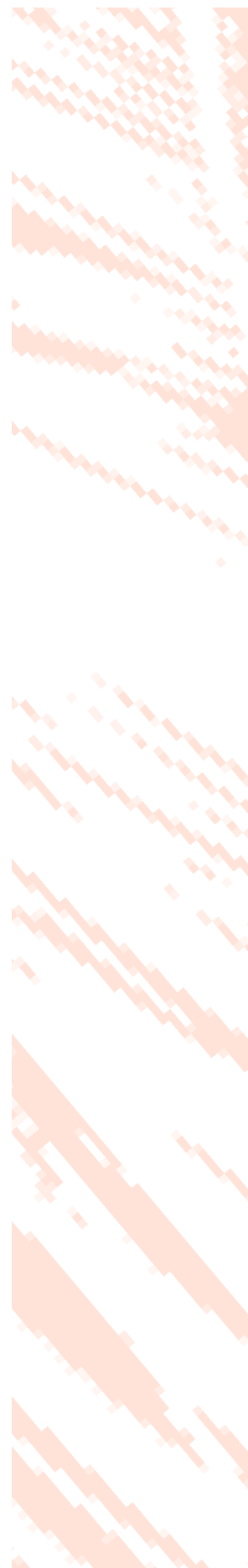
1. Al margen de los avances normativos, no han existido las condiciones técnicas, institucionales, de voluntad política y financieras suficientes para implementar las acciones necesarias para cumplir con los compromisos internacionales de Cairo y Beijing.

2. La debilidad institucional y programática también se observa en la evaluación reciente del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que refleja, entre otros, la pérdida de liderazgo y rol articulador con distintos actores estatales y de la sociedad civil.

3. A nivel de las organizaciones de mujeres y otros movimientos de la ciudadanía o sociedad civil, se han presentado débiles e ineficaces en su capacidad de denuncia y exigibilidad. Más allá de eso, hay que tomar en cuenta que las demandas de género no forman parte de las agendas de las organizaciones de base. En relación al SUMI, si han existido algunos movimientos estos han sido dispersos, culminando en declaraciones públicas, pero sin mayores efectos posteriores.

4. El veto a temas como el aborto y anticoncepción de emergencia por parte de USAID ha afectado en forma negativa el Programa Nacional de SSR y el accionar de muchas ONGs. Queda pendiente una evaluación sobre los efectos e impacto de la Regla de Obstrucción Global.

5. Los cambios, avances y retrocesos en materia de SSR se dan en el marco del contexto político-económico internacional y de las consecuencias de éste sobre las políticas y prioridades de cooperación.



9.2. Aspectos Pendientes, Preguntas Clave y Principales Temas que Ameritan ser Profundizados

Adicionalmente, a raíz y en relación con este informe, quedan pendientes de atención y profundización las siguientes preguntas y temáticas:

- Un análisis más profundo y minucioso de los datos de mortalidad materna y lugar del parto, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas de la Encuesta PostCensal.
- Las posibilidades reales de la propuesta de Ley Nacional de SSR: Asumiendo que el proyecto avanza, ¿será sostenible y contribuirá efectivamente al ejercicio de los derechos SSR?
- El tema de la sostenibilidad y la dependencia de financiamiento externo en su sentido más amplio.
- ¿Cuales serán los efectos en nuestros países de la política neo-conservadora de EEUU, sobrevivirán los programas de SSR? - Efectos y estado actual de la Regla de Obstrucción Global.
- ¿Cuáles son los nuevos desafíos y propuestas planteadas por el movimiento de mujeres para contrarrestar o buscar estrategias ante esta ola conservadora?
- Factores de éxito y fracaso en instancias de coordinación intersectorial, intrasectorial.
- El tema de la institucionalidad y el rol posible y potencial del Viceministerio de la Mujer.
- Los nuevos desafíos y perspectivas para el PSRN.
- Los factores y actores/as influyentes en el diseño e implementación de políticas de salud sexual y reproductiva.
- La participación de la sociedad civil en las decisiones respecto a los procesos de Reforma en Salud.
- La brecha entre los avances normativos y su aplicación, vinculada al rol de la cooperación internacional.
- ¿En qué medida la existencia de información y conocimiento de “la realidad” se constituye en el principal factor influyente a la hora de tomar decisiones y definir normas y políticas? - Un tema para investigar.

Post- 2002

Octubre del 2003 fue muy significativo para Bolivia. Todo lo anteriormente mencionado, en cuanto a los avances o retrocesos, tiene una explicación en la crisis estructural que ninguna estrategia podría haber solucionado.

Esta crisis estructural esta basada en la negación del otro o de la otra, al punto de no darse cuenta de su existencia. De la existencia del 61% de la población indígena y de un 80% en en situación de pobreza. Las lecciones para la “democracia” fueron duras. “O aprenden a gobernar y a conducir las necesidades del pueblo, o se van”.

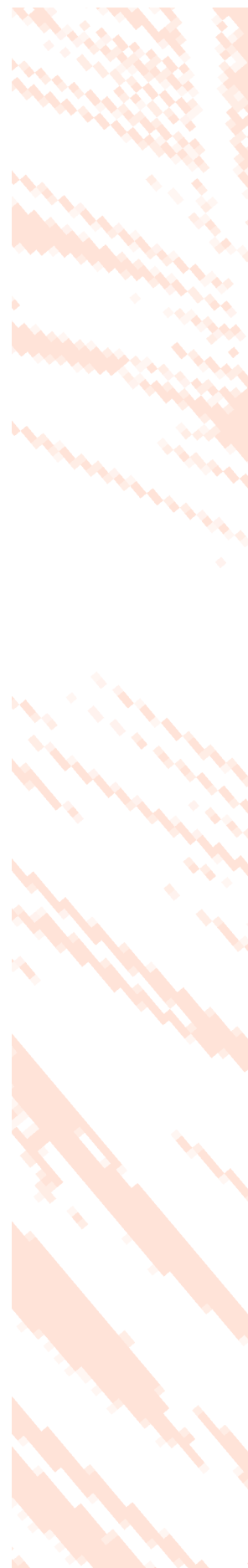
Los/as que gobiernan ahora tienen la dura prueba de quedarse bien plantados, es decir, con propuestas que realmente conduzcan al cambio

profundo. Se supone que todas aquellas debilidades o vacíos que hemos señalado en el presente documento deben solucionarse o al menos iniciar el camino hacia la solución.

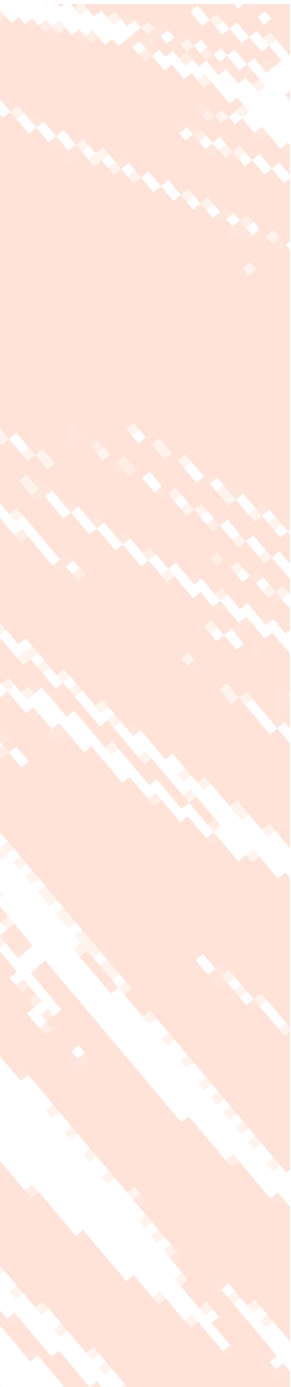
Después de la crisis de octubre, reina la incertidumbre, la gente quiere creer pero no puede. Será que “todo ha cambiado para que nada haya cambiado”? ¿Cuánto realmente se quiere y se puede cambiar?

Con esto en mente saltan a la mente las siguientes preguntas:

- ¿Que pasará con el cumplimiento de las metas del milenio, si a estas alturas no hay una propuesta clara de dar continuidad o reformular las políticas en salud?
- ¿Se cumplirán los acuerdos del Cairo y Beijing? - Si el PNSSR no cambia el enfoque materno - infantil es muy probable que no se cumplan.
- La salud sexual y reproductiva no está explícita en los pocos discursos del nuevo Ministro de Salud. ¿Qué pensarán él y sus asesores?
- La crisis económica tiene al país en un estado de angustia y los/as gobernantes están buscando ayuda extranjera para resolver los problemas. ¿Que podrá ser sostenible con tanta dependencia?
- Esta situación no permite vislumbrar un panorama sobre el estado de la situación y las tendencias hacia el futuro. Tampoco es posible predecir lo que acontecerá en relación a la cooperación internacional, siendo que ahora más que antes varias agencias están revisando sus enfoques y su involucramiento en el sector salud.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA



Academia Nacional de Medicina de México, Population Council y The Alan Guttmacher Institute 2002. *El embarazo no deseado y el aborto inducido: Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Reporte de la Reunión*. México: Academia Nacional de Medicina de México, Population Council y The Alan Guttmacher Institute

Albó, X, Libermman, K, *et al.* 1980. *Para Comprender las Culturas Rurales en Bolivia*. La Paz: UNICEF/ CIPCA.

Aliaga, S y Machicaco X 1995. *El Aborto. Una Cuestión No Sólo de Mujeres*. La Paz: CIDEM.

monzabel, C y Paz R 2003. “Al encuentro del poder” en AMUPEI *Mujeres en la Coyuntura Nacional*. La Paz: AMUPEI, CIDEM.

AMUPEI 2002. *Propuesta de Políticas Públicas de Equidad de Género e Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres*. La Paz: Amupeí.

Cárdenas, M 2000. *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud*. La Paz: Unidad de Reforma de Salud, Ministerio de Salud y Seguridad Social.

Castro, MD y Loayza M 2002. *Educación Comunitaria y su Impacto en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. La Paz: CIDEM, FRONTIERS/Population Council.

Castro, MD y Ríos Dalenz, J 2001. *Evaluación de la Situación de Cáncer de Cuello de Útero en Bolivia: Revisión Bibliográfica sobre la Situación del Cáncer de La Mujer*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social/ Engender Health – Bolivia / OPS.

Católicas por el Derecho a Decidir 2001. *Seminario Presentación del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 del Código Penal Boliviano – Aborto Impune*. La Paz: Católicas por el Derecho a Decidir.

CEDLA 2003. *Una lucha constante: Mujeres y organizaciones sociales*. La Paz: Cedla.

CIDEM-Campaña 28 de Septiembre “Por el Derecho a Decidir” 2003. *Ley para la Interrupción Legal del Embarazo*. La Paz: CIDEM.

Comité de Globalización. Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva 2002. *Globalización, Reforma del Sector Salud, Género y Salud Reproductiva*. Santiago: Fundación Ford.

Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura 2003. *Taller Nacional de Planeamiento Estratégico: Memoria*. La Paz: Despacho de la Primera Dama, Consejo Internstitucional por una Maternidad Segura, Ministerio de Salud y Previsión Social,

CRLP 2001a. *Derechos Reproductivos 2000 Hacia adelante*. Nueva York: CRLP.

CRLP 2001b. *La regla de obstrucción global pone en peligro la salud de las mujeres y la democracia ¡Actúe!*. Nueva Cork: CRLP.

CRLP 2002. *The Center for Reproductive Law and Policy. 1992-2002: Tenth Anniversary Report*. New York: CRLP.

Del Pozo, E *et al.* “Estado de situación del aborto y la atención postaborto en los distintos países participantes: diagnóstico cuantitativo y cualitativo”. La Paz: IPAS.

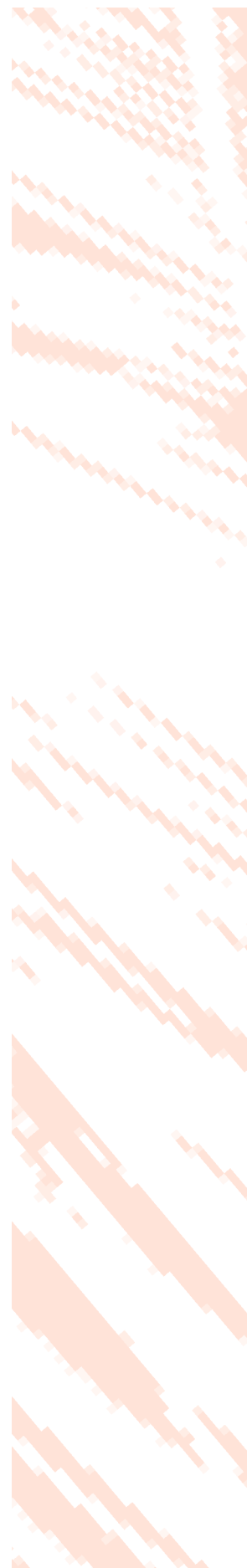
Díez Astete, A 1998. *Pueblos Indígenas de Tierras Bajas*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios.

Family Care Internacional 2000. *Fichas Informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva*.

Gaceta Oficial, Gobierno de Bolivia, 2000.

Grupo Consultivo Seguimiento de la EBRP, Grupo 4 – Integración y participación social 2002. La Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y al problemática de la exclusión social. *Agenda contra la exclusión*. La Paz: Naciones Unidas, DFID.

INE, UDAPE y Naciones Unidas 2002. *Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bolivia 2002*. La Paz: INE, UDAPE y Naciones Unidas.



Instituto Nacional de Estadística. 1992 y 2001, *Bolivia: Distribución de la Población. Censo Nacional de Población y Vivienda*. La Paz: INE.

Instituto Nacional de Estadística, Demography and Health Survey. 1994 y 1998, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. La Paz: INE.

Instituto Nacional de Estadística 2003. *Mortalidad Materna. Resultados Finales para el Año 2000*. La Paz: INE.

Langer, A y Nigenda G 2000. *Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades*. México D.F.: Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública y Banco Interamericano de Desarrollo.

La Reforma en Salud en el contexto de los DSSR, 2003. Presentación en Power Point, Oaxaca, México.

Lavadenz F, 2001. "Reforma de Salud en Bolivia II Fase". Ministerio de Salud y Previsión Social, presentación en Power Point.

Machicao, X 2001. "Contextualización y Necesidad de Reglamentar el Art. 266 del Código Penal Boliviano (Aborto Impune)". En *Seminario Presentación del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 del Código Penal Boliviano – Aborto Impune*. La Paz: Católicas por el Derecho a Decidir.

Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe 2003. "Análisis Preliminar del Cumplimiento de los Compromisos Regionales Asumidos en la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Trigésima quinta reunión de la Mesa Directiva. La Habana.

Ministerio de Desarrollo Sostenible, Unidad de Políticas de Población de Investigación y Análisis, 2000. *Prospectivas Poblaciones*, Bolivia. La Paz: UPPIA.

Ministerio de Salud y Deportes 2003. "Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008. Orientaciones Estratégicas. Cuarto Borrador. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad de Reforma en Salud, 2002. "Para Vivir Mejor POA 1997-2002". Presentación en Power Point

Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad Nacional de Atención a las Personas, DGS. 2001, *Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos para la Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino*, Norma Boliviana de Salud NB – MSPS – 07- Bolivia. La Paz: MSPS.

Murillo Palenque, E 2003, “*Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza*”, San José. (fotocopias presentación en Power Point)

Mollmann, M y Chávez S 2003. *La Regla de la Mordaza y la acción política en la lucha por la despenalización del aborto*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

OMS-HRP 2003. “Do women with unintended pregnancy seek the health care they need? En *Progress in Reproductive Health Research* No. 62

PNUD 2003. *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003*. La Paz: PNUD.

Pooley, B y Machicao, X 2000. “Bolivia” en Correa, S (comp.) *Weighing up Cairo*. Evidence from Women in the South. Suva, Fiji: Dawn.

Rance, S 1994. *Se Abre el Debate Sobre Planificación Familiar*. La Paz, Bolivia.

Roses, M 2003. “Desigualdades ocultas: Género y reforma del sector salud”, *Le Monde Diplomatique* No. 43, enero de 2003.

Salinas, 1998. Libro *Más Allá de Sueños y Contradicciones: Identidad, Poder y Sexualidad en Adolescentes de Zonas Periurbanas de La Paz y El Alto*. La Paz: Educación en Población: UNFPA, SNE, UNESCO.

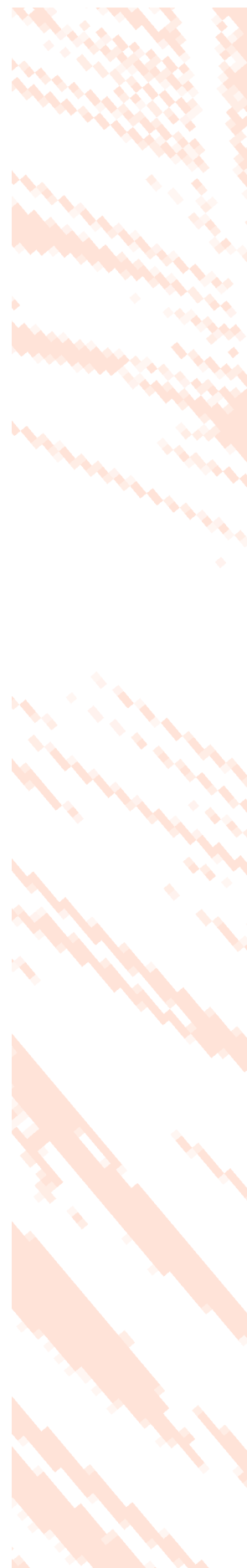
Salinas, S 2001. “Demography from the Soul” en Syed, S *Cultures of Populations*. Paris: UNESCO.

Seoane, G et al. 1996. *Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales*. La Paz: Mother Care II y Marketing S.R.L.

Sistema Nacional de Información en Salud, Ministerio de Salud y Previsión Social. *Información Estadística de los años 2000, 2002 y 2002*. La Paz: SNIS.

Standing, H 2000. *El género y la reforma del sector salud*. Boston: OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.

Subsecretaría de Asuntos de Género 1997. *Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Humano.



Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas - UDAPE, 2002. *Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza: Informe de Avance y Perspectivas*.

Vásquez Sotelo, R (ed.) 2002. *Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos. II. Balance Regional : ¿ Qué permanece y qué a cambiado?* Lima: CLADEM.

Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, 2001a. *Plan Nacional de Equidad de Género 2001-2003*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Sostenible.

Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, 2001b. *Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia en razón de Género*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Sostenible.

Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, 2001c. *Programa de Reducción de la Pobreza Relativa a la Mujer*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Sostenible.

Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, IPAS, DFID 2002. *Memoria del Simposio Nacional Violencia Sexual contra las Mujeres: Un Problema de Ética y Justicia*. La Paz: IPAS.

Viceministerio de la Mujer 2003. *Análisis de equidad de género en Bolivia 1992-2002*. La Paz: Viceministerio de la Mujer.

OTROS DOCUMENTOS:

“Agenda Legislativa de las Mujeres: Período 2002-2007”.

CODEPO, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Ministerio de Hacienda, INE. Bolivia: Tasa global de fecundidad según departamentos, provincias y municipios 2001 (mapa). La Paz: USAID, UNFPA.

Evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002 (fotocopias presentación en power point)

INE. “Cuestionario Individual hombres”. ENDSA 2003.

INE. “Cuestionario Individual mujeres”. ENDSA 2003.

Informe del Secretario General de Naciones Unidas, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, septiembre 2003 (Folleto)

Resumen de Presentaciones Coloquio: “Salud y la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza (EBRP)”, 2003. Mecanismo Nacional de Control Social de Bolivia, Acción Internacional para la Salud, Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor, Fundación por la Naturaleza y la Vida.

PÁGINAS WEB VISITADAS:

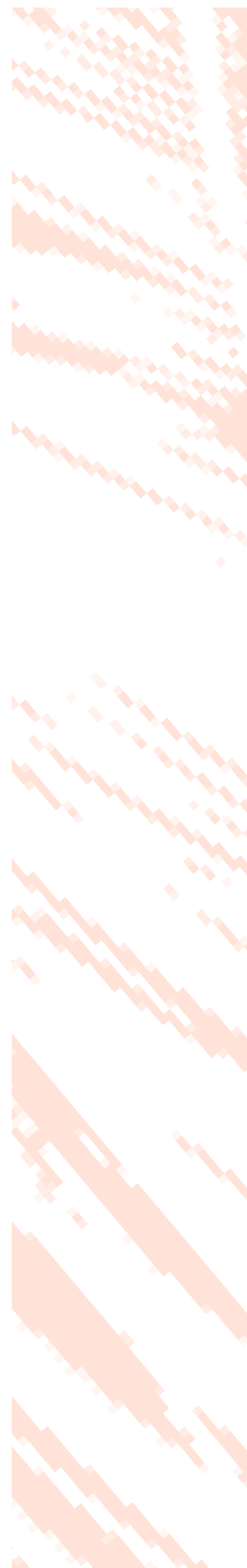
www.reproductiverights.com (CRLP)

www.ine.gov.bo (INE)

www.gov.bo (Gobierno de Bolivia)

www.ngowatch.org (NGO Watch)

www.ops.org.bo (OPS-Bolivia)



ANEXO 1

ENTREVISTAS REALIZADAS

Actor	Persona	Responsable
Gobierno		
	Víctor Conde	Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
	Cristian Pereira	Proyecto de Reforma en Salud
	Carlos Romero	Unidad de Atención a las Personas, Ministerio de Salud
	Martha Rivera	Viceministerio de la Mujer
	Ma. Elena Burgos	Viceministerio de la Mujer
	José Gainsborg	Gerente Proyecto de Reforma en Salud
Cooperación Internacional		
	Iván Prudencio	FNUAP
	Alfredo Calvo	OMS-OPS
	Pippa Bird	DFID
	Alberto de la Gálvez M.	SMN/JHPIEGO/USAID
	Fernando Amado	OMS-OPS
ONGS, Sociedad Civil		
	Ximena Machicao	CIDEM
	Alexia Escobar	FCI
	Eliana del Pozo	IPAS
	Teresa Lanza	Católicas por el Derecho a Decidir

Nota: En el documento se mencionan otras entrevistas realizadas anteriormente y no precisamente en el marco de la presente consultoría.

ANEXO 2

BOLIVIA 2000: INDICADORES DE MORTALIDAD MATERNA: CARACTERÍSTICAS

INDICADOR	F O R M U L A	INTERPRETACIÓN	OBSERVACIONES
Razón de mortalidad materna	$\frac{\text{No. Muertes maternas}}{\text{No. nacidos vivos}} \times 100\ 000$	Es el riesgo de morir por causa obstétrica directa o indirecta, durante cada embarazo en particular (es decir el riesgo obstétrico).	<p>Mide el riesgo de morir por causa obstétrica directa o indirecta, entre mujeres embarazadas, parturientas y púerperas.</p> <p>Refleja la condición de salud de la mujer, su acceso al cuidado sanitario y la calidad de éste.</p> <p>Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas.</p>
Tasa de mortalidad materna	$\frac{\text{No. Muertes maternas}}{\text{No. Mujeres edad fértil}} \times 100\ 000$	<p>Mide tanto el riesgo obstétrico como la proporción de mujeres que se embarazan en un año dado.</p> <p>Por tanto, mide el impacto de la mortalidad materna en la población de MEF como un todo.</p>	<p>Es una tasa verdadera porque el numerador está incluido en el denominador.</p> <p>Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas, y también si lo están las de mujeres menores a 15 años y mayores a 49 años.</p>
Riesgo de morir por causa materna durante la edad reproductiva	$\frac{\text{No. Muertes maternas}}{\text{No. Mujeres edad fértil}} \times 35$	Es la probabilidad de morir por una causa obstétrica directa o indirecta, durante la edad reproductiva (entre los 15 y 49 años)	Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas.
Mortalidad materna Proporcional	$\frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Número defunciones de MEF por todas las causas}} \times 100$	Es el porcentaje de defunciones de mujeres en edad fértil que fallecen por una causa obstétrica directa o indirecta.	Hay que especificar si en el numerador están incluidas las muertes maternas tardías y las relacionadas.