

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS  
CARRERA DE DERECHO**



**TRABAJO DIRIGIDO  
“FUNDAMENTOS SOCIO JURÍDICOS PARA PREVENIR EL  
EMBARAZO EN MUJERES NARCODEPENDIENTES EN  
SITUACIÓN DE CALLE”**

**POSTULANTE:**

**Araceli Fátima Andía Pabon**

**TUTOR:**

**Dr. Aldo Espinoza Irusta**

**La Paz – Bolivia**

**2010**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico a ese ser que me brindó su apoyo su amor y paciencia a mi esposo Weymar León y a mis hijos que me impulsan y me brindan su amor incondicional Hector, Samuel, Lucianita.

A mi mamá y mi papá que nunca perdieron la fe por la formación y los valores con los que me formaron y todo el amor que siempre me brindaron.

A mis suegros y cuñados Jenny y Omar que con su apoyo y cariño me enseñaron el amor sin condiciones.

Para todos ellos mi reconocimiento eterno.

## **AGRADECIMIENTO**

Mis sinceros agradecimientos al Dr. Aldo Irusta Dr. Carlos Flores , Dr. Javier Quenta por su orientación apoyo y comprensión .

## INTRODUCCIÓN

El presente documento es el informe de la investigación referida a la problemática del embarazo en mujeres adolescentes y adultas narcodependientes en situación de calle. Esta problemática es cada vez más frecuente en nuestro país, y es un problema prioritario en salud pública especialmente en la población más pobre debido al alto riesgo de morbilidad, bajo peso al nacer prematuros y un alto riesgo de morbi- mortalidad materna, peri natal e infantil así como el incremento en el abandono de niños y niñas. El embarazo en este grupo etéreo es un producto de la patología social: Negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. Achacar la responsabilidad a estas adolescentes y mujeres adultas evita preguntarse nuestra propia responsabilidad y culpabilidad. El rechazo es la situación más cómoda; al condenarlas la sociedad se defiende y también sus instituciones

El Estado, como se sabe bien, tiene escasas políticas dirigidas a este sector, y cuando éstas existen rara vez son cumplidas. Las diferentes medidas adoptadas a lo largo de la historia contemporánea del país, que variaron desde la represión y el encarcelamiento hasta el asistencialismo ineficaz, demostraron ser insuficientes para resolver el problema principal.

El caso de la mujer embarazada narcodependiente en situación de calle se torna, en este contexto histórico general, más dramático, por cuanto aparecen siempre como un estorbo o amenaza para la sociedad en su conjunto. Y cuando éstas presentan algún grado de adicción a determinados productos químicos, la situación se torna más conflictiva. Asimismo una vez que dan a luz, estas mujeres no se quedan con sus hijos, incrementando de esta manera el número de niños y niñas en situación de abandono.

.Lo que se pretende con esta monografía no es proponer una solución definitiva y radical, sino sentar las bases jurídicas para la paulatina resolución de una situación conflictiva en la cual las mujeres y los bebés conocidos como los hijos de la clefa son los principales protagonistas y víctimas.

Así, el propósito del presente estudio es coadyuvar en la profundización de los conocimientos y propuestas de solución para esta problemática que, si bien por el momento

no representa una situación extremadamente crítica se constituye en una amenaza potencial para la sociedad boliviana y el futuro de la misma.

## CAPITULO I

### PROCESO METODOLÓGICO

#### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La carencia e insuficiencia de normas jurídicas sociales que regulen la prevención del embarazo en mujeres narcodependientes en situación de calle. Los mecanismos que se implementan probaron ser insuficientes. El problema no es sólo de las instituciones involucradas, sino de la sociedad en general.

El presente trabajo tomó en cuenta las siguientes interrogantes, como lineamiento general de la investigación:

¿Cómo afecta en el desarrollo humano del país la falta de una reglamentación específica sobre la prevención del embarazo en jóvenes adolescentes y mujeres adultas abandonadas con algún grado de adicción a los inhalantes como el tolueno?

¿Cumplen las instituciones en actual vigencia su misión de prevenir embarazos en jóvenes, adolescentes y mujeres adultas en estado de abandono y adictas a los inhalables?

¿La existencia de disposiciones legales aisladas, ambiguas y contradictorias carentes de sistematización en las diferentes etapas de nuestra historia serán la causa de la desprotección jurídica a este grupo poblacional?

¿Cuál es el rol que actualmente cumplen los organismos estatales como la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, la Unidad de Gestión Social, alcaldías y de qué manera responden a las necesidades reales que plantea esta problemática social?

¿La creación de un instrumento legal permitirá garantizar el Desarrollo Humano de este sector de la población boliviana?

#### **1.1 Delimitación del tema de la tesis**

##### **1.1.1 Delimitación temática**

El estudio que se realizó permitió formular la elaboración de un plan nacional de prevención del embarazo en mujeres adictas en situación de calle que, se llevara a cabo a través del Ministerio de Salud y Deportes en forma conjunta con el Gobierno Municipal. El referido plan deberá ser aprobado por una Resolución Ministerial.

### **1.1.2 Delimitación temporal**

La investigación comprenderá los meses de junio a noviembre de 2010 y su regulación en el marco jurídico actual.

### **1.1.3 Delimitación espacial**

El ámbito espacial de la investigación es el territorio boliviano; sin embargo, con una finalidad metodológica, se consideró como modelo de investigación la ciudad de La Paz, donde se tomó en cuenta los lugares donde las mujeres narco dependientes en situación de calle se reúnen:

- Calle Juan de la Riva Plaza Raul Show Moreno
- Plaza San Francisco
- Av. Del Poeta
- Villa Armonia

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivos generales**

Demostrar la necesidad de implementar una norma jurídica que prevenga el embarazo en mujeres adolescentes, y adultas en estado de abandono que se hallan en algún nivel de adicción.

Fundamentar jurídica y sociológicamente la creación de campañas de prevención y esterilización temporal.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Analizar todo lo referente a las causas y efectos del consumo de inhalantes en mujeres adolescentes y adultas.

Analizar el grado de cumplimiento de la normativa referida a la protección de niños, niñas y adolescentes.

Fundamentar una propuesta socio jurídica para prevenir el embarazo en mujeres narcodependientes en situación de calle

Analizar si el embarazo en mujeres narcodependientes en situación de calle incrementa el número de niños y niñas abandonados en la ciudad de La Paz.

### **1.3 Hipótesis de trabajo**

"La ausencia de un plan nacional de prevención del embarazo en mujeres adictas en situación de calle incrementa el número de niñas y niños abandonados en la ciudad de La Paz"

### **1.4. Variables**

#### **1.4.1 Variable independiente**

"La ausencia de un plan nacional de prevención del embarazo en mujeres adictas en situación de calle".

#### **1.4.2 Variable dependiente**

Incrementa el número de niñas y niños abandonados en la ciudad de La Paz

### **1.5 Unidades de análisis**

Legislación

Instituciones relacionadas con el problema

Población en general

Especialistas en la materia

### **1.6 Métodos y técnicas empleados en la tesis**

En la presente investigación se emplearon los siguientes métodos y técnicas:

**1.6.1 Método Deductivo.** Se partió de un planteamiento general (el embarazo de mujeres narcodependientes en situación de calle) a partir de los cuales se identificó unidades de análisis específicas que aportaron los datos necesarios en la investigación.

**1.6.2 Método Inductivo.** Integrado al anterior método, permitió elaborar conclusiones generales a partir de los datos específicos obtenidos. De esta manera, el método deductivo y el inductivo se complementaron.

**1.6.3 Método Analítico.** Como su nombre lo indica, se descompuso el todo en sus partes, a partir de lo cual se observaron las diferentes características del objeto de estudio de manera sistemática.

**1.6.4 Entrevistas.** Permitieron el contacto directo con los y las informantes. La entrevista fue con preguntas abiertas y cerradas, mediante las cuales se obtuvo la mayor cantidad de información posible. El estudio, en consecuencia, fue de tipo principalmente cualitativo antes que cuantitativo.

## **1.7 Metodología de la investigación**

El presente estudio siguió los siguientes pasos:

### **1.7.1 Consulta de fuentes impresas para delimitar el tema de investigación**

Se efectuó en un primer momento una aproximación al material impreso relacionado con el tema. También se consultó con personas entendidas en la materia que contribuyeron con ideas para enfocar de manera óptima el tema. A partir de ello se delimitó con mayor precisión el tema de investigación.

### **1.7.2 Redacción del perfil de la monografía**

Con las ideas más claras y con el material de consulta seleccionado, se procedió a redactar el perfil de la monografía, mismo que sirvió como guía general de la investigación.

### **1.7.3 Fase de recopilación de material de campo y bibliográfico**

Mediante los diferentes instrumentos diseñados para el efecto (boletas de entrevista, los diferentes tipos de fichas) se recopiló el material existente que contribuyó a aclarar muchas de las ideas iniciales.

### **1.7.4 Procesamiento del material y redacción de la monografía**

Una vez obtenida la información, se procedió a clasificar los datos de interés a la vez que se redactaba el informe.

El presente informe es, por lo tanto, el resultado de la investigación de campo, es decir, que se ha estructurado a partir de los resultados, consideraciones teórico metodológicas y otras que hacen parte del proceso de la investigación.

Precisamente es este sistema de referencia el que se utiliza en el presente estudio, aunque en algunos segmentos se alterna con el sistema de cita a pie de página. Las notas a pie son empleadas en casos que se deba aclarar ciertos puntos tratados o para comentar los puntos de vista de algún autor sobre el tema.

## CAPÍTULO II

### ANÁLISIS SOCIO JURIDICO DE LA MARGINALIDAD DE LA MUJER

#### **2.1 Antecedentes Históricos**

Desde la prehistoria las mujeres, como los varones han asumido un papel cultural particular. En sociedades de caza y recolección, las mujeres casi siempre eran las que recogían los productos vegetales, mientras que los varones suministraban la carne mediante caza. A causa de su conocimiento profundo de la flora, la mayor parte de los antropólogos creen que fueron las mujeres las que condujeron las sociedades antiguas. Hacia el Neolítico se convirtieron en las primeras agricultoras.

En la Edad media algunos autores masculinos pertenecientes a una estirpe, religiosos tratadistas laicos y sobre todo, predicadores, hablaron de las condiciones y conductas que les exigen a las mujeres. La conducta femenina fue pautada para cada momento y situación de la vida, casi siempre la edad corresponde un estado civil y a una función de acuerdo a ella. Tal es así que represento la imagen de la prometida, la casada, la viuda, es decir siempre ligada al varón que se responsabilice de su conducta. El papel más importante atribuido a la mujer era el de esposa y madre.

En la historia reciente, las funciones de las mujeres han cambiado enormemente, Las funciones sociales tradicionales de las mujeres de la clase media consistían en las tareas domesticas, acentuando el cuidado de los niños, y no solían acceder a un puesto de trabajo



remunerado. Para las mujeres más pobres, sobre todo entre las clases obreras, esta situación era a veces un objetivo, ya que la necesidad económica las ha obligado durante mucho tiempo a buscar un empleo fuera de casa, aunque las ocupaciones en que se empleaban tradicionalmente las mujeres de clase obrera eran inferiores en prestigio y salario que aquellas que llevaban a cabo los varones. Eventualmente, el liberar a las mujeres de la necesidad de un trabajo remunerado se convirtió en una señal de riqueza y prestigio familiar, mientras que la presencia de las mujeres trabajadoras en una casa denotaba a una familia inferior.

El movimiento feminista ha sido una lucha por el reconocimiento de la igualdad de oportunidades de derechos para las mujeres. Las dificultades para obtener este reconocimiento se han debido a factores históricos, en combinación con las costumbres y las tradiciones sociales. Actualmente, gracias a los cambios económicos, el apoyo del poder económico y los esfuerzos del movimiento feminista de hace décadas y otros movimientos de derechos humanos, en la mayor parte de las sociedades las mujeres tienen acceso a carreras y trabajos, más allá de la atención de los quehaceres domésticos o de ama de casa. Tras haber luchado por sus derechos las mujeres en la mayoría de los países occidentales y orientales no musulmanes la mujer llegó a tener una igualdad muy fuerte tanto en el ámbito laboral como familiar logrando ser jefas de familia, tener cargos altos tanto en política como en grandes empresas y en muchas carreras. Así que se podría decir que las condiciones de las mujeres han mejorado.

Algunas corrientes feministas resignifican la palabra mujer, entendiéndose que la categoría mujer esta estrechamente vinculada a la expresión de mujeres (genitalidad, por lo que frecuentemente se presupone que mujer es aquella cuya expresión gonádica es igual a XX). Esta articulación discursiva se soporta sobre fundamentos biológicos y esencialistas. La naturalización del concepto impide su cuestionamiento, dogmatizándolo. Sin embargo, desde diferentes corrientes feministas, esto ha sido abordado y revisado. El sistema sexo, género y sexualidad es en sí mismo, producto de una construcción sociocultural que responde a las necesidades y a los intereses de un mecanismo de control de los individuos, y de una reproducción de las estructuras de poder. Además, la categoría mujer se conceptualiza en tanto que opuesta a la categoría hombre, formando así un binomio,

mutuamente excluyente, a partir del cual se articula el dispositivo del género (femenino - masculino, respectivamente). Bajo este paradigma se invisibilizan las opresiones que se dan cuando las personas no reproducen exactamente los esquemas preestablecidos, limitando la diversidad de las expresiones sexuales y de género, omitiendo y dejando al margen fenómenos como la transexualidad y la intersensualidad.

## 2.2 LA NEGACION DE LA MUJER COMO SER COMPETENTE

A lo largo de la historia en la mayoría de las culturas, las mujeres han sido sometidas a estructuras patriarcales que les han negado los derechos humanos las fundamentales. Las leyes antiguas y los sistemas tradicionales, como ser el cristianismo y el islamismo, antecedentes de los sistemas modernos, han provocado la dependencia de la mujer de forma análoga a la esclavitud, a la explotación de las clases desfavorecidas y a la mano de obra.

Una de las razones podría ser el fortalecimiento y sostenimiento del poder y de la actividad económica y de igual forma se evidencia que quienes resultan sometidos son vistos, por los explotadores, como seres inferiores, inmaduros, infantiles, malvados o depravados.

Ley mosaica (judaísmo) En esta ley, tradición de la religión judeocristiana ( En este caso, solo se habla del judaísmo, ya que el cristianismo posee una distinta creencia) la mujer era protagónica, la ley judía afirma que una mujer tiene mas posibilidades de conectarse a Dios. El divorcio era un privilegio exclusivo del marido: la opinión de la mujer podía ser rechazada por su padre o marido: y las hijas podían heredar solo en ausencia de hijos, con la condición de que se casaran dentro su tribu. La culpa o la inocencia de una esposa acusada de adulterio a veces se comprobaba mediante la técnica del agua amarga. Además de estos casos, que ilustran la subordinación de las Deuteronomio 2,24,Números 1,30 Números 3,27-36, Números 2,5), había muchas leyes que trataban, entre otras cosas, de ofensas contra la castidad, y el matrimonio de un hombre con una cautiva pagana o con una esclava comprada. Aunque los segundos matrimonios estuvieran restringidos, según la legislación cristiana y judía, en la ley mosaica una viuda sin hijos estaba obligada a casarse con el hermano de su difunto marido. En el nuevo testamento también se emiten opiniones acerca de la mujer Timoteo: 2:9, 1 Ped.3: 3 Las mujeres no deben trenzar su cabello, o vestir oro, perlas o atavió costoso. Timoteo 2:11-12 Las mujeres deben aprender silencio (

de los hombres) con toda sumisión Timoteo: 2:12 Las mujeres no tienen permitido enseñar o tener autoridad sobre los hombres.

### 2.3 LA MUJER COMO SUJETO POLITICO ECONOMICO SOCIAL

En algunos países la mujer ha tratado muchos siglos en conseguir igualdad, aunque solo sea teórica, ante la ley. Y aun cuando la ley hable de igualdad, suele haber un gran abismo entre la teoría y la práctica. La publicación de las Naciones Unidas titulada *The World's Women –1970 – 1990* dice: “Esta brecha en la (política gubernamental) ha quedado recogida en gran parte en las leyes que niegan a la mujer la igualdad con el hombre en lo respecta a sus derechos de tenencia de tierras, solicitud de prestamos y firma de contratos y firma de contratos” Una mujer en Uganda Declaro “ Seguimos siendo ciudadana de segunda clase... o de tercera clase mas bien, pues nuestros hijos varones van delante nuestro. Hasta los burros y los tractores reciben mejor trato “

El libro *Men And Women* , editado por *time life* , dice : “ En 1920, la Decimonovena enmienda de la Constitución de Estados Unidos garantizo a las mujeres el derecho al voto, mucho después que en bastantes países europeos . Pero en gran Bretaña no se les concedio ese privilegio hasta el año 1928 (y en Japón hasta después de la II guerra Mundial )” Como protesta por la injusticia política a la que se sometía a las mujeres ,Emily Wilding Davison , sufragista Británica se echo delante del caballo del rey en el derby de 1913, y perdió la vida. Se convirtió en una mártir en la causa de igualdad de derechos de la mujer. El propio hecho de que en las fechas tan tardías como el año 1990 el sena do de Estados Unidos promulgase el decreto *Violence Against Women Act*, indica que las legislaturas dominadas por el hombre han sido lentas a la hora de responder a las necesidades de la mujer.

### 2.4 LEYES Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE LA MUJER EN BOLIVIA

En Bolivia persisten normas, políticas y prácticas discriminatorias en todas las esferas de la vida que afectan de manera decisiva la existencia de las mujeres, exponiéndolas a graves riesgos y desventajas.

Ante la persistencia de prejuicios culturales y normas legislativas que constriñen los derechos de las mujeres tanto en el ámbito público como en el privado, las mujeres están expuestas cotidianamente a graves violaciones de sus derechos humanos.

## **Anticoncepción**

### **Leyes y políticas públicas**

El gobierno boliviano establece expresamente, como parte de su política de población, la difusión de información sobre salud reproductiva y la promoción de los métodos de regulación de la fecundidad, así como el apoyo a los servicios de planificación familiar. Si bien se reconoce y respeta el derecho de todas las personas a decidir libremente sobre su sexualidad y fecundidad, se prohíbe expresamente el aborto como método de planificación familiar.

### **La realidad**

A pesar de que es legal la difusión de información sobre planificación familiar así como la distribución de métodos anticonceptivos, estadísticas de 2005 indican que sólo 48% de las mujeres en unión estaba usando métodos anticonceptivos. De este porcentaje, 25% corresponde a métodos modernos y 22% a métodos tradicionales.

Los mayores porcentajes de uso de métodos anticonceptivos se encuentran entre las mujeres con mayor nivel de instrucción (65%) y las que residen en áreas urbanas (62%). En consecuencia, los menores niveles de uso se encuentran entre las mujeres que residen en el área rural (30%) y con un menor nivel de instrucción (19%). La mayor diferencia en el uso de estos métodos la determina el nivel de instrucción: mientras que las mujeres con nivel medio o alto tienen una prevalencia de 65%, apenas una de cada cinco mujeres sin instrucción usa algún método, en su mayoría uno tradicional.

Por otra parte, uno de los problemas que presenta el Seguro Básico de Salud instituido es que no subvenciona la distribución de métodos anticonceptivos, lo cual deja desprotegida a una población con una demanda no satisfecha de planificación familiar muy alta. En este contexto, el sector privado en Bolivia desempeña un papel importante en el suministro de anticonceptivos, teniendo una cobertura de 56% de las usuarias de métodos modernos de planificación familiar de acuerdo con cifras de 2005.

El sector público por su parte en 2007 aumentó su participación de 33% a 42%.

En materia de consejería sobre planificación familiar, aún existen grandes deficiencias. Un estudio realizado en 2007 encontró que a diferencia del sector privado, los centros de salud públicos no ofrecen consejería sobre métodos anticonceptivos.

La oferta de la anticoncepción de emergencia en los servicios públicos de salud no ha sido regulada por el Ministerio de Salud. Los servicios de salud del Estado no ofrecen este tipo de anticoncepción, aunque en el comercio local (farmacias y clínicas particulares) se puede encontrar y no está prohibida su importación.

## **Aborto**

### **Leyes y políticas públicas**

En Bolivia el aborto está tipificado como delito en el Código Penal, en el que se sanciona al que “cause la muerte de un feto en el seno materno o provoque su expulsión prematura”. Se reconoce la figura del aborto impune o no sancionado 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 y no puede ser evitado por ningún otro medio (aborto terapéutico). 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 que el juez autorice la práctica del aborto. El Código Penal establece sanciones tanto para la mujer que “presta su consentimiento” a la realización del aborto como para la persona que realiza el procedimiento abortivo con la aprobación de la mujer o sin ella.

La realización del aborto en los dos casos excepcionales permitidos por la ley requiere que sea practicado por un médico con el consentimiento de la mujer. En 1999 se aprobó una normativa que incluye dentro del paquete de prestaciones del Seguro Básico de Salud el tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (tratamiento postaborto).

### **La realidad**

#### ***Aborto inseguro y mortalidad materna***

La penalización del aborto provoca uno de los principales problemas de salud pública, dada su incidencia en la mortalidad materna y los costos hospitalarios por las intervenciones médicas que requieren las complicaciones de abortos mal realizados. Si se toma en cuenta que no todos los casos de aborto ingresan en los centros de salud pública, sino en hospitales privados, el cálculo estimado del número de abortos clandestinos practicados en el año 2009 en Bolivia es de entre 30 a 40 mil abortos. Se estima que aproximadamente de 27% a 35% de las muertes maternas están relacionadas

con abortos realizados en condiciones de riesgo. La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bolivia estima una tasa de 60 muertes por cada diez mil abortos. De acuerdo con los datos proporcionados por el Servicio de Información en Salud, en los últimos cuatro años los casos de aborto incompleto fueron incrementándose y la tendencia es que sigan elevándose.

Del total de los casos que ingresan con aborto incompleto, resulta difícil establecer cuáles fueron provocados puesto que generalmente las mujeres atribuyen el hecho a caídas o a haber cargado pesos excesivos. Lo que se sabe es que algunas mujeres realizan estas actividades con el propósito de provocarse el aborto. Otras mujeres recurren a mates y tallos que inducen el aborto.

Las mujeres que llegan a los centros de salud pública con complicaciones de aborto son de escasos recursos económicos y no pueden acceder a un servicio médico adecuado y responsable. Ante un embarazo no deseado, se someten a la práctica de la interrupción del embarazo realizada por personal empírico o por profesionales irresponsables.

#### ***Atención postaborto***

Las complicaciones del aborto incompleto (que la reglamentación denomina hemorragias de la primera mitad del embarazo) son atendidas en los centros u hospitales de salud a cargo del Seguro Básico de Salud. Las mujeres de las zonas rurales y periurbanas no se han beneficiado lo suficiente de este servicio debido a factores culturales y al maltrato que reciben de los prestadores del servicio de salud.

#### ***Acceso al aborto legal***

Si bien el Código Penal establece las circunstancias en las que un o una juez puede autorizar la práctica de un aborto legal, el proceso a seguir resulta vejatorio y degradante para la mujer, en algunos casos por la resistencia de las autoridades judiciales a conceder la autorización y en otros por la resistencia de los médicos o médicas responsables de los servicios de salud pública a cumplir con las disposiciones judiciales, recurriendo a diferentes pretextos como argumento. En muy pocos casos las mujeres acuden a este procedimiento porque los o las jueces suelen negar la autorización a pesar de que se reúnen todos los requisitos para acceder a un aborto legal. Hasta 1999, en Bolivia se había

practicado sólo un aborto legal, a pesar de que el artículo que prevé las excepciones legales existe desde hace 26 años. Frente a esta realidad, las mujeres embarazadas que a consecuencia de una violación desean interrumpir su embarazo consideran como únicas alternativas seguir con el embarazo hasta su conclusión o recurrir a prácticas clandestinas que ponen en peligro su propia vida.

## **Esterilización**

### **Leyes y políticas públicas**

La anticoncepción quirúrgica voluntaria fue reglamentada por primera vez en 1998. Esta Reglamentación señala que este procedimiento comprende la orientación adecuada a la mujer o a la pareja, su elección informada, la expresión de su consentimiento informado por escrito, la evaluación preparatoria, los pasos sistematizados del acto quirúrgico, la evaluación postoperatoria, la orientación de seguimiento, las instrucciones escritas que se deben dar a conocer y la identificación de las señales de alarma de complicaciones postoperatorias por las que se debe consultar de inmediato.

### **La realidad**

No se cuenta aún con informes o estudios sobre la cobertura del servicio que sirvan para evaluar la aplicación de la norma y es bastante difícil acceder a la información oficial del número de casos de anticoncepción quirúrgica voluntaria en riesgo reproductivo. El Estado debe contar con información actualizada sobre el tema, especialmente por tratarse de un tema sensible para determinados grupos humanos que por sus valores culturales se resisten a admitir que alguna de sus miembros se someta a la esterilización como medio de anticoncepción. Por lo tanto, es necesario que el gobierno asuma el compromiso de estudiar la implementación de esta norma.

Los requisitos para el acceso a dicho servicio son ambiguos: oficialmente se habla de una solicitud de cirugía firmada únicamente por la paciente, pero en la práctica se exige además la autorización de un pariente cercano que puede ser el cónyuge de la solicitante. En una visita realizada a las instalaciones del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí, no se encontró el formato de consentimiento informado al que hace referencia el Reglamento de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. En lugar de este formato se obtuvo una autorización de la usuaria del plantel médico para que se le practicaran *todos los exámenes necesarios*. En la visita se observó que los requisitos para la práctica de esta intervención, que en

principio deberían obedecer a un criterio de *riesgo reproductivo y obstétrico*, no se cumplen en su totalidad.

*Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas*

*Oficina Jurídica para la Mujer*

***Derechos reproductivos de la mujer en Bolivia***

## CAPITULO III

### 3.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Teoría de Méndez Beltrán (1991 II Congreso Venezolano de la Mujer),

Se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etéreo entre 12 y 13 años. Esto se le atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual , abortos hijos no deseados , familias con solo la madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, anticonceptivos enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad .

### 3.2 Teoría Sociológica

El presente tema de investigación está inscrito dentro de la escuela sociológica del, estructuralismo que considera la sociedad un sistema de relaciones entre los individuos, misma que puede confrontar situaciones no siempre armónicas, tomándose en cuenta el conflicto. Erick Torrico (1997: 33) señala sobre el estructuralismo lo siguiente:

"El estructuralismo concibe a la sociedad también como una unidad de partes pero, a diferencia del funcionalismo, pone el énfasis en los modos de interrelación e interinfluencia de esas partes. La estructura comprendida no sólo como armazón o "esqueleto" de la realidad social (esto en el plano de las relaciones fácticas de los objetos y sujetos), sino especialmente como trama latente de lo real (en el plano abstracto de las relaciones percibidas). Los estructuralistas, entonces, privilegian el estudio de las partes de un objeto (las identifican y caracterizan) y de sus interconexiones, recurriendo para ello a recortes sincrónicos y a la formulación de modelos.



Los hechos sociales son, pues, explicados por o ‘desde’ la estructura, en la cual interesan las in variancias, o sea aquellos rasgos que permanecen como definitorios del conjunto. La obra pionera de Herbert Spencer, pero fundamentalmente la de Claude Lévi-Strauss, pueden ser inscritas en el estructuralismo sociológico."

### 3.3 Teoría sobre la situación irregular

El libro Derecho de menores del autor argentino Rafael Sajón contiene los elementos conceptuales básicos de esta doctrina. Desde el punto de vista de la teoría sobre los menores en situación irregular, pueden considerarse diferentes supuestos que fueron objeto de tratamiento en las diferentes legislaciones en el plano legislativo, doctrinario y jurisprudencial, a saber:

- conducta antisocial;
- abandono material o moral;
- situación de peligro; y,
- deficiencia física o mental.

Recientemente, y desde el punto de vista de la más moderna doctrina sociológica del derecho, que propicia en relación a los niños, niñas y adolescentes una normatividad jurídica integrada, los niños en alto riesgo constituyen un supuesto de situación irregular, pudiendo ser tratados como tales o integrados al supuesto de la deficiencia física o mental.

En otras palabras, esta doctrina no significa más que legitimar una potencial acción judicial indiscriminada sobre aquellos niños y adolescentes en situación de dificultad. Definidos niños, niñas y adolescentes en situación irregular (recuérdese que al incluirse las categorías de material o moralmente abandonado, no existe nadie que potencialmente no pueda ser declarado irregular), se exorcizan las deficiencias de las políticas sociales, optándose por "soluciones" de naturaleza individual que privilegian la institucionalización o la adopción. Sólo un análisis histórico-crítico permite mostrar los mecanismos que explican la asombrosa supervivencia de una doctrina como la de la situación irregular, que en la práctica ha resultado en la negación de todas y cada una de sus funciones declaradas. El enfoque propuesto remite a la necesidad de analizar su metodología y lugar institucional de

producción, así como su capacidad de crear mitos y utopías negativas funcionales al mantenimiento de un cierto orden y de auto conservación.

Parece además oportuno recordar que la doctrina de la situación irregular resulta prácticamente hegemónica en América Latina por lo menos hasta bien entrada la década de 1980. En segundo lugar, también esta doctrina ha mostrado eficiencia en la creación del mito relativo a una legislación de niños, niñas y adolescentes latinoamericana, pero que no se aplica, constituía hasta hace poco tiempo una idea hegemónica fundamental del sentido jurídico y común en nuestro continente. En tercer lugar, no caben dudas de que son los eufemismos y los "como si", y en definitiva el desentenderse de las consecuencias reales de su aplicación, las bases que ayudan a entender su supervivencia a pesar del carácter fisiológico del fracaso de sus objetivos declarados. La miseria de los programas de resocialización, el tratamiento indiferenciado de niños, niñas y adolescentes supuestamente abandonados y supuestamente delincuentes, y los miles de jóvenes confinados en instituciones penitenciarias para adultos, constituyen sólo la punta del iceberg de un inmenso proceso de mitificación. En cuarto lugar, conviene preguntarse, si no son otras funciones, distintas de aquellas declaradas, las que ayudan a mantener una doctrina que la conciencia socio jurídica nacional e internacional han construido decisivamente en los últimos tiempos a colocar en situación irregular.

A pesar de todas las deficiencias antes señaladas, la mayor parte de los países latinoamericanos no han realizado aún ningún tipo de movimiento en pro de la adecuación de la legislación nacional a los principios y al texto de la Convención. Esta situación, se agrava ulteriormente llegando a los límites de la esquizofrenia jurídica, en la medida en que prácticamente todos los países han ratificado y promulgado como ley nacional la propia Convención. En otras palabras, esto significa la vigencia simultánea de dos leyes, que regulando el mismo tema, resultan de naturaleza antagónica. Por este motivo, creo que vale la pena preguntarse una vez más por los motivos reales que explican la asombrosa supervivencia de cuerpos legislativos que representan la negación sistemática de los derechos humanos específicos de la infancia, hoy universalmente consagrados.

#### 3.4 TEORIA DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL

En similar sentido, el concepto de la protección integral de niños, niñas y adolescentes, permite considerar como sujeto de derechos al ser humano desde su concepción de manera tal que el prenatal en su malformación, déficit u otros males que pudiera presentar podría también ser incluido en aquel presupuesto.

Con la expresión "Teoría de la Protección Integral" se hace referencia a un conjunto de instrumentos jurídicos, de carácter internacional, que expresan un salto cualitativo fundamental en la consideración social de la infancia. Reconociendo como antecedente directo la Declaración Universal de los Derechos del Niño, esta doctrina condensa la existencia de cuatro instrumentos básicos:

La Convención Internacional de los Derechos del Niño;

Las reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia juvenil (reglas de Beijing);

Las reglas mínimas de las Naciones Unidas para los jóvenes privados de libertad; y,

las directrices de las Naciones Unidas para la administración de justicia juvenil (directrices de Rijad).

De entre estos elementos fundamentales, se rescata en el presente estudio la Convención Internacional de los Derechos del Niño, según la cual es deber del Estado, la sociedad y la familia proteger a los niños, y dotarles de los elementos necesarios para su subsistencia y proyección en la vida, sea cual fuere la condición de éstos.

Así, puede observarse que existe una indisoluble relación entre la teoría y la realidad concreta. Sin necesidad de ingresar en una discusión prolongada y acaso inútil, se puede afirmar que esto sucede en toda investigación que aspire a ser científica. Por ello, la teoría, entendida como el conjunto de conocimientos sistematizados conceptualmente, contribuye enormemente a la comprensión de la realidad empírica. La observación por sí sola no bastaría si no se la llevase a cabo con un cuerpo organizado de conceptos y definiciones. Así, con el presente estudio se efectuó una aproximación teórica y práctica a la problemática de niños, niñas y adolescentes abandonados. Para ello, se efectúa una breve explicación del fenómeno en cuestión, con base en los postulados de Antonio MORENO V. (1999) quien señala las siguientes características del niño, niña y adolescente abandonado:

Haber roto o carecer totalmente de vínculos familiares;

Desarrollar una actividad laboral eventual y mal remunerada.

Muchos de ellos viven en la calle, haciendo de ésta su principal espacio de socialización. Otros, una minoría, son acogidos por instituciones gubernamentales, no gubernamentales o religiosas, aunque es frecuente que escapen de dichas instituciones por diversos motivos.

En realidad, a partir de la aplicación del modelo neoliberal en el país, la sociedad de niños, niñas y adolescentes callejeros se ha incrementado considerablemente con una tendencia actual muy peligrosa, pues miles de niños y niñas han transitado de la categoría de niños, niñas y adolescentes "en" a niños, niñas y adolescentes "de" la calle, lo cual hace un mundo de diferencia. DOMIC y ARDAYA (1992) informan también de los serios riesgos a que se ven expuestos los niños, niñas y adolescentes de la calle. Entre éstos se cuentan el consumo de bebidas alcohólicas y estupefacientes, ser asimilados por la delincuencia infantil y juvenil, la violación, el proxenetismo, entre otros males. La desintegración familiar, fruto de las circunstancias difíciles que vive el país como producto de la implementación de la Políticas Económicas (NPE), que significó la expulsión de miles de niños, niñas y adolescentes del sistema educativo, en primer lugar, y su asimilación a formas de vida irregulares y potencialmente peligrosas para el bienestar físico y psicológico del mencionado grupo poblacional, en segundo término.

Las experiencias de los niños, niñas y adolescentes de la calle, que eventualmente fueron institucionalizados, varían en el tiempo y el espacio. La publicación de la Organización Defensa de los Niños Internacional (DNI 1990) especifica al respecto que los Hogares de niños y adolescentes de Bolivia que dependen directamente del Estado son deficientes en cuanto a personal, infraestructura y atención de internos. Además, la mayoría de las instituciones no efectúa un seguimiento de sus egresados, con lo cual la efectividad de la vida de éstos en la institución queda prácticamente sin evaluación. De todos modos, al interior de los Hogares continúa dándose una política aislacionista antes que de reforzamiento de vínculos entre los protagonistas (los internos) y de éstos con el personal de administración. Los centros que albergan a los niños, niñas y adolescentes en situación difícil deja mucho que desear, y las condiciones que caracterizan a los niños, niñas y adolescentes con algún grado de dependencia hacia los inhalantes es aún delicada. Las

diversas situaciones en que se ven envueltos obligan muchas veces a estos niños y adolescentes a escapar de los albergues transitorios o permanentes en que los internan las autoridades. De esto, se sucede una serie de conflictos y problemas que amenaza con desarrollar una espiral de violencia de proporciones incalculables Gregorio Iriarte (2000: 425-431) identifica a niños, niñas y adolescentes, entre los grupos más vulnerables de la sociedad boliviana.

### 3.5 CAUSAS PARA EL ESTADO DE NARCODEPENDENCIA EN SITUACIÓN DE CALLE

#### 3.5.1. Pobreza

La pobreza, entendida como "la insatisfacción de las necesidades básicas" y la pobreza extrema, que implica "la insatisfacción de la necesidad de alimento", obstruye el desarrollo armónico e ideal del individuo en sociedad. Al representar un estado de ineptitud social, la marginación provoca que niños, niñas y adolescentes en estado de abandono apelen a diversas estrategia de supervivencia que les niegan un acceso adecuado a los bienes de consumo y capital. La pobreza de los padres, en último caso, se reproduce en los hijos, y la de éstos en los suyos, con lo cual se establece una cadena que ata a muchas generaciones, esclavizándolos a todo tipo de estigmas sociales como el vicio y la delincuencia. Una característica común de los países de América Latina es el desarrollo desproporcionado de sus ciudades principales con respecto a los núcleos rurales, estableciéndose de esta manera zonas suburbanas hacia las que confluyen los migrantes campesinos y de otras ciudades niños, niñas y adolescentes en busca de fuentes de trabajo, con la esperanza de conquistar una más digna condición de vida. De esta manera se forman los cordones de miseria que rodean normalmente los centros urbanos, favoreciendo así el surgimiento de un fenómeno marginal cuya principal característica es la pobreza, entendida como el estado en el cual es imposible lograr niveles adecuados de alimentación, vivienda, servicios de salud, educación, saneamiento ambiental y estímulos socioculturales. En Latinoamérica en general y en Bolivia en particular, la pobreza incide más desfavorablemente en los niños y mujeres.

No quedaría pues en absoluto fuera de lugar argumentar que los problemas que definen la marginalidad pueden llegar a constituirse también en factores de riesgo para la dependencia

de adolescentes. En otras palabras, dada la disponibilidad de la droga, la condición de marginalidad -con todo lo que ésta supone- puede, eventualmente, producir el fenómeno del consumo de drogas en niños por debajo de los doce años de edad.

Considero a la mujer embarazada dependiente consumidora de inhalantes como un doble marginal debido fundamentalmente a que además de formar parte de una clase social que ya de por sí encuentra grandes dificultades para obtener por derecho, los beneficios a los que todo ser humano debe tener acceso: salud, educación, vivienda, alimentación, entre otros, se constituye también en un rechazada y mas vulnerable de sufrir violencia física de sus propias parejas familia, clase y comunidad a la que pertenece.

### 3.5.2 Desintegración Familiar

Para abordar el problema es necesario referirse a la siguiente definición de familia: "Agrupación social primaria compuesta por los padres y los hijos. En la actualidad se encuentra en proceso de cambio. No consta ya, como antes, de los padres, los hijos solteros, los hijos casados, los abuelos y otros parientes (familia extendida), sino del padre, la madre y los hijos (familia nuclear o conyugal). La familia es muy importante, porque además de conceder seguridad y apoyo emocional constituye la base sobre la que se forman las actitudes, las percepciones y los sentimientos fundamentales de los individuos. Sus desórdenes o su ruptura pueden producir serios trastornos en sus miembros y bloquear el desarrollo de los hijos".

La desintegración familiar se produce por el impacto de una serie de variables que supone el abandono del hogar por parte de uno de los progenitores en primera instancia, tales como la crisis económica que generalmente sucede a este hecho el abandono de uno de los miembros de la pareja en busca de otras opciones económicas que permitan un mínimo grado de subsistencia del grupo familiar, hecho que condiciona a veces la ruptura del vínculo con la familia (CEFOP, 1989).

Asimismo, se considera como otro factor de abandono la muerte temprana de uno de los cónyuges, que en la mayoría de los casos es superada por el establecimiento de una nueva relación de pareja, generalmente de una dinámica de estructura negativa con los hijos ajenos a la nueva unión de los padres. Esto genera situaciones de agresión, maltrato y violencia hacia los niños que se traducen en castigos físicos como palizas, rechazos

psicológicos, aislamiento y privación afectiva. También está relacionado el control de la alimentación para que el propio niño se sustente, por lo cual los hijos se ven obligados a colaborar en el sustento de la familia desde temprana edad, dejando paulatinamente sus centros de estudio a los cuales rara vez retornan.

Por otra parte, son razones de mucho peso los hábitos alcohólicos como medio de evasión a situaciones críticas que atraviesan los cónyuges que constituyen un factor desencadenante de conflictos en la familia. Por otra parte, debe considerarse la infidelidad conyugal, cuyos efectos graves inciden en la estructura psicoafectiva de los hijos. Siguiendo el análisis de las causas para la desintegración familiar, otro elemento fundamental es la incorporación de la mujer al mercado de trabajo determinando una disgregación del grupo familiar, por las condiciones de trabajo y el tiempo de permanencia fuera del hogar. Por tanto, lentamente los hijos son arrastrados y empujados a valerse por sí mismo, cuando no mantener a sus padres, lo cual provoca en algunos casos una inversión de funciones.

### 3.5.3 Maltrato físico

Frecuentemente asociado con el alcoholismo de los padres, este factor no es tan determinante como el anterior, ya que mientras el hijo puede obtener alguna seguridad de parte de sus padres, prefiere convivir con ellos a arriesgarse por su propia cuenta en un mundo hostil que no conoce. Sin embargo, cuando el maltrato conlleva una serie de abusos sexuales o las golpizas llegan a extremos insostenibles, es frecuente que los niños, niñas y adolescentes (sobre todo los de más edad) opten por abandonar el hogar. Conviene recordar que el abuso no sólo se manifiesta en golpes y contusiones, sino que la agresión verbal también tiene un efecto muy importante en la conducta y las decisiones extremas de los niños, niñas y adolescentes. La forma más acabada de ejercer violencia es el infanticidio. En ocasiones esto sucede, y el solo intento de asesinato impulsa a los niños, cuando éstos sobreviven a la tentativa, a dejar a sus padres. También sucede que cuando los hermanos de un niño víctima de sus padres son testigos del hecho optan con el transcurso del tiempo por abandonar el hogar.

En ambientes bolivianos, y tomando datos que solamente derivan de la práctica clínica, se ha observado en un grupo de 80 padres de familia abusivos, que en los profesionales las conductas abusivas están ligadas a una incapacidad para superar y afrontar adecuadamente

situaciones de tensión determinadas por eventos socioeconómicos laborales. Tales eventos son concomitantes con cuadros psicológicos de insuficiencia personal. Y este aspecto se hace más interesante al observar que el 67% estaba arrepentido de haber traído hijos al mundo (UNICEF 1987: 124).

### **3.6. CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL EMBARAZO EN MUJERES NARCODEPENDIENTES**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

**3.6.1. Sociedad Represiva:** Niega la sexualidad, considerando al sexo

Como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines pro creativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

**3.6.2. Sociedad Restrictiva:** Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

**3.6.3 Sociedad Permisiva:** Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

**3.6.4 Sociedad Alentadora:** Para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en Africa ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

### **3.7 Factores Predisponentes**

**3.7.1 Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.



**3.7.2 Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

**3.7.3 Familia Disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

**3.7.4** Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola

**3.7.5. Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

**3.7.6 Migraciones Recientes:** Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

## CAPITULO IV

### **4.1 Origen de los Inhalantes**

A los inhalantes de uso industrial se les llama *solventes* en virtud de su capacidad para disolver muchas otras sustancias. Con la introducción del uso del petróleo y sus derivados durante el siglo XX, cada vez son más los productos comerciales que contienen estos psicoactivos: diluyentes, pegamentos, limpiadores, gasolinas, engrasantes, etc. Algunos investigadores aseguran que su inhalación con fines recreativos comenzó a partir de la década de los sesentas con la diseminación de los pegamentos para aeromodelismo.

**4.2 Denominaciones En el argot callejero:** En Bolivia se denomina cleferos, palomillas o polillas"

A nivel somático la toxicidad sólo puede discutirse en términos generales, ya que varía en forma importante dependiendo de la sustancia. Aunque las causas de los casos fatales atribuidos a inhalantes no son claras, la mayoría parece implicar arritmias cardiacas. La inhalación de pegamento o cemento en bolsas plásticas, por ejemplo, puede producir hipoxia y una concentración excesivamente elevada de vapor. Los aerosoles con propelentes que contienen hidrocarburos fluorados generan arritmias cardiacas. Los

solventes clorados deprimen la contractilidad del miocardio. Las acetonas pueden ocasionar hipertensión pulmonar. La inhalación de diversos hidrocarburos volátiles durante el embarazo puede ocasionar malformaciones genéticas y problemas de parto. Además, está plenamente comprobado que diversos solventes ocasionan deterioro neurológico.

El Dr. Brailowsky asegura que los efectos asociados, sea a la intoxicación aguda severa o a la crónica leve con solventes industriales, son en general reversibles. Los daños graves e irreversibles ocurren sólo en casos de intoxicaciones severas que se dan durante largo tiempo, condiciones que sólo se presentan en el contexto del abuso de drogas. Algunas de las manifestaciones del daño neurológico pueden ser parcialmente reversibles cuando se suspende la inhalación, es decir, si el sujeto deja de inhalar, la toxicidad se interrumpe y no avanza más.

Los principales síndromes neurológicos producidos por los solventes orgánicos son los siguientes:

Encefalopatía aguda o crónica, dependiendo del nivel y el tiempo del consumo

Ataraxia Cerebelosa: manifestada básicamente por trastornos del equilibrio y de los movimientos oculares.

Neuropatía periférica : Los nervios de las extremidades degeneran a partir de la periferia, en dirección del centro (axnopatía distal), también se observa pérdida de la sensibilidad sin dolor .

Neuropatía craneal: Con afectación de los nervios trigémino y facial;

Parkinsonismo

Pérdida de visión

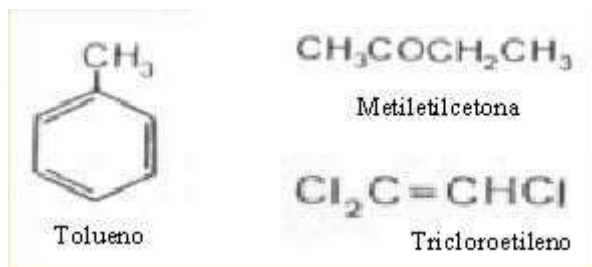
El pronóstico de recuperación depende directamente de la gravedad del déficit neurológico hasta el momento de la suspensión del solvente. En casos severos, la recuperación puede tomar varios años.

### 4.3 Potencial de dependencia

El uso reiterado de varios tipos de solventes genera tolerancia. Por ejemplo: después de un año de uso continuo un consumidor de cemento plástico necesita ocho veces la cantidad con la que inició para experimentar los mismos efectos. Algunas fuentes aseguran que al parecer son raros los síndromes de abstinencia, mientras otras sostienen que la retirada ocasiona desde irritabilidad, agitación y aumento en la frecuencia cardíaca, hasta cuadros de temblores, alucinaciones, dolores de cabeza, dolores abdominales y *delirium tremens*. Generen o no dependencia física, está plenamente comprobado que los solventes industriales causan una severa dependencia psicológica junto con una amplia variedad de efectos tóxicos y neurodegenerativos.

### 4.4 Composición

Los solventes constituyen un grupo heterogéneo de hidrocarburos volátiles derivados del petróleo y del gas cuyo punto de ebullición es bajo por lo que se evaporan al entrar en contacto con el aire. Su importancia y patrón de uso determinan su clasificación en: solventes activos, consolventes, solventes latentes, y diluyentes.



Los solventes activos tienen como función disolver sustancias no hidrosolubles y para ello se requiere en primer lugar determinada viscosidad, contenido de sólidos en la solución y la velocidad a la que el solvente se evapora al aplicarse en el producto que interviene (acetona, acetato de etilo, acetato de butilo, thinner etc.)

Los consolventes y los solventes latentes sirven para realzar la capacidad de las resinas, aunque al combinarse con los solventes activos, actúan como catalizadores del secado (metanol, n-butanol, etc.)

Los diluyentes son elementos químicos que se utilizan únicamente porque bajan los costos del producto que se esté aplicando, ya que en la mayoría de los casos no desarrollan ningún efecto solvente por sí mismos (heptano, benceno, tolueno, xileno, etc.)

Como reconocer una “clefero”

De acuerdo a los manuales para detectar el consumo de drogas, algunos indicadores del abuso de inhalantes son los siguientes:

- Olor a solventes en la ropa o el aliento.
- Nariz congestionada. Irritación y ulceración alrededor de la boca.
- Ojos llorosos y brillantes.
- Somnolencia, lentitud de movimientos e incoordinación.



En ciudad de La Paz, Los mujeres inhaladoras recorren las calles de la ciudad en pequeños grupos de amigos, buscando su propio sustento en algunos casos haciendo trabajos eventuales como cuidadores o limpiadores de automóviles y otras veces mendigando o realizando pillerías de diversa índole. Para inhalar suelen frecuentar lugares específicos mas o menos poco concurridos donde no sean perturbadas por lo cual es común verlos durmiendo a la intemperie o en algún resquicio de una puerta.

Los productos más consumidos en nuestros medio son el pegamento clefa, el thinner y la gasolina. La forma real y común de inhalar estos productos es empapando una estopa o huaype o por último un pedazo de trapo y pegársela a la nariz o boca, pero ahora finalmente se los ve como un pequeño frasco o botellita que contiene en mínima cantidad el producto reemplazando de esta manera que antes lo hacían a través de una bolsa plástica; donde vaciaban el pegamento en el interior y después de inflarla similar a un globo,

pegaban la nariz y boca en la abertura, inhalan y exhalan dentro de ella hasta conseguir los efectos deseados.

## **CAPÍTULO V**

### **EMBARAZO**

Según Goñi (1997). Embarazo es el término que comprende el periodo de gestación que comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de la mujer, y este óvulo fecundado se implanta a la pared del útero. Como el embarazo altera los esquemas hormonales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso, ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias pocos usuales, como hielo, arcilla, etc., esta situación llamada pica, puede ser indicativa de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes. Antes de la duodécima semana del embarazo es posible que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros; por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones.

Al primer mes aparecen rudimentos de los sistemas nervioso y circulatorio; después los esbozos de los ojos, orejas, nariz y boca. A los tres meses se ha desarrollado la placenta y al embrión se le llama feto. Con un análisis del líquido amniótico se puede saber el sexo del feto, así como algunas enfermedades congénitas.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman el cerebro, los brazos, las piernas y los órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar algún tipo de medicación, sino es aconsejada por un médico que conozca su estado. También deberá evitar los rayos X y el consumo de alcohol y tabaco.

#### **5.1 Signos y síntomas**

##### **5.1.1 Signos presuntivos:**

Falta de menstruación, amenorrea.

Cambios en el tamaño de las mamas, cambios en el color, hay dolor y pigmentación de la areola.

Aumento de la micción (polaquiuria) por presión del útero sobre la vejiga.

Cloasma gravídico, hiperpigmentación de los pómulos y estrías que aparecen en los senos y en el abdomen, línea media alba, etc.

### **5.1.2 Signos de probabilidad:**

Aumento de la circunferencia abdominal.

Aumento del tamaño del útero.

Ablandamiento del cuello uterino.

Aumento del flujo vaginal.

Prueba biológica de embarazo positiva.

Signos de certeza:

Percepción y movimientos de los ruidos cardíacos fetales.

Movimientos activos y pasivos del feto.

Imagen geográfica del feto.

Palpación del feto.

### **5.1.3 Tipos de embarazo:**

Embarazo de bajo riesgo. Son los embarazos controlados, son los que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin problemas de salud.

Embarazo de alto riesgo. Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior.

### **5.1.4 Factores que influyen en el nuevo ser:**

Enfermedades provocadas por la gestación: vómitos, preclámia,

Enfermedades asociadas al embarazo: diabetes, cardiopatías, píelo nefritis.

Enfermedades infecciosas durante el embarazo: rubéola, toxoplasmosis, sífilis.

Enfermedades de transmisión sexual: sífilis, virus de

Inmunodeficiencia adquirida, virus del papiloma humano.

## **5.2 RIESGOS DEL EMBARAZO PRECOZ**

Los aspectos siguientes están tomados de Gerendas, M. y E. Sileo, (1992), así como de Moho oí de V. A, Morales G., M. N. y Velasco. M. L. (1988).

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de

situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación social de rechazo.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

### **5.2.1 Riesgos biológicos:**

Complicaciones obstétricas.

Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.

Anemia.

Desproporción céfalo pélvica.

Distocias mecánicas y dinámicas.

Parto prolongado y difícil.

Muerte.

Abortos provocados y sus complicaciones.

Perforaciones uterinas.

Hemorragias.

I n f e c c i o n e s .

Aumento de la morbi mortalidad infantil

Prematuros.

Bajo peso al nacer.

Enfermedades congénitas.

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

El embarazo y la maternidad representan un reto para el desarrollo de la personalidad de las mujeres, al cual se suma el de la adolescencia, lo cual puede generar situaciones adversas para la salud de la adolescente y la de su hijo.

### 5.3 TESTIMONIO DE MUJERES EMBARAZADAS ADICTAS A LOS INHALANTES EN SITUACION DE CALLE

Según las estadísticas 2 de cada 10 personas que viven en las calles son mujeres, siendo que esta cifra tiende a incrementarse ya que su situación de drogodependencia (clefa, marihuana y alcohol) las lleva –especialmente a adolescentes- a la comisión de delitos tales como el robo, el hurto y la prostitución.

Es así que cerca de la mitad de las personas que viven en las calles son mujeres a partir de los 13 años distribuidas en diferentes zonas de la ciudad donde viven mas de 5 años la mayoría.

El 61% confirma que salió de su casa por haber recibido maltrato, es decir fueron golpeadas físicamente por sus padres, padrastros, familiares. El resto señala que fue porque estaba abandonada, por rebeldía o la influencia ejercida por las amistades. Los datos corresponden al Servicio Departamental de Gestión Social SEDEGES.

El radio Urbano de la ciudad de La Paz se constituye como uno de los escenarios con mayor cantidad de población de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos de la calle; muchos de ellos mujeres.

Si bien hay dos mujeres por cada grupo de 10 varones, la mayoría de ellas vive en pareja. En el caso de los varones son casi un 70% solteros.

Con referencia a la tenencia de hijos, siete de cada 10 mujeres no vive con sus hijos, ellos están en cuartos alquilados, en la calle o con sus familiares. Un mínimo porcentaje (13%) los tiene en instituciones.

Marina se encuentra embarazada por segunda vez “es un vicio que no se puede dejar...” ella se encuentra bajo los efectos del alcohol y la clefa. Se encuentra embarazada por segunda vez y vive con su pareja quien también consume, ella ya tuvo problemas con la policía pero pudo recuperar a su niño y manifiesta que en los centros de salud son maltratadas y por eso tiene miedo de asistir allá pero que si el gobierno implementara un



programa para la prevención del embarazo y fuera gratis ella se sometería y sería interesante que las ayudaran así.

Sin embargo las encuestas realizadas por el SEDEGES, indican que 9 de cada 10 personas que viven en la calle estuvieron por lo menos una vez en un centro de acogida, pero decidieron dejarlo, pese a que tenían alimentación, atención médica, orientación, ropa y aseo.

Maria del Carmen esta sobria, “la policía nos quita a los niños, ellos no sienten como una madre puede sentir, ellos vienen se los llevan a los hijos.... hay veces a la madre le empujan a jalones se los llevan a los hijos y los niños se asustan es un trauma para ellos para la mamá y para el niño, estaría de acuerdo que el gobierno nos ayude para planificar la familia lindo sería que nos ayude porque hay mamás que necesitan que nos ayuden gratuitamente tenemos temor de ir a los centros de salud nos tratan de alcohólicos hay veces nos dicen ustedes deben amarrarse tiene que ver la posibilidad de no tener hijos y si fuese gratuito iríamos y mejor si nos darían un bono muchas se animarían...”

Eugenia tiene 29 años, vive en la calle desde sus 13 años, es madre de cuatro niños 3 mujeres de 9,8, y 3 años y un varón de 5 años ninguno vive con ella, están en hogares o con sus familiares. “Yo escape de casa porque mi mamá me pegaba mucho, vivía con mi padrastro y el me violaba y ella me tenía rabia por eso”, escapó de casa a los 13 años, primero iba a los juegos electrónicos donde se conoció con una amiga que inhalaba clefa, luego comenzó a consumir siendo sus salidas más frecuentes hasta que un día ya no volvió a casa, las calles se volvieron su hogar.

“Me llamo Juana tengo 34 años, desde mis 14 vivo en la calle clefeandome y bebiendo alcohol. Me gustan los dos porque así olvido mis penas y el no estar con mis 4 hijos. La policía se los ha llevado al hogar, se que están bien pero porque no me puedo rehabilitar no me permiten acercarme, hice un intento ingrese al centro REMAR, donde debía estar dos meses sin recibir visitas y después de ello me dijeron que podía tramitar ante el SEDEGES un permiso para verlos, pero no he podido aguantar me he escapado y vuelto a la calle”.

Yo quisiera rehabilitarme, pero no puedo me gusta mucho la calle, tomar, inhalar clefa y hasta la marihuana pero eso me hace dar más hambre, mis amigos son los que me invitan. La clefa nos hace volar, me siento bien porque ya me he acostumbrado. Les pido a las autoridades que nos ayuden para salir de esta situación, hay instituciones pero no es suficiente”

“Soy Lucía tengo 17 años, hace tres años que vivo en la calle ya me he acostumbrado, estaba en el hogar pero ya no quiero volver estoy mejor aquí con mis amigos y mi pareja pero....(hace una pausa y se pone a llorar) me han quitado a mi hijito tiene un año y seis meses, han venido en una batida y con engaños me lo han hecho escapar por favor si pueden ayudarme a encontrarlo, yo no quiero sacarle del hogar, solo quiero verle que sepa que soy su mamá (llora). Después de mi hijito me he vuelto a embarazar, de siete semanas estaba pero lo he perdido los policías me han pateado, yo se que es venganza, ese joven de la policía quería hacer pieza conmigo pero yo no me he dejado por eso se ha vengado, mi hermana ha visto todo. Nos hemos escapado de mi casa con mi hermana menor ella tiene 15 años, mi mamá ya tiene muchos hijos y mucho nos pegaban ella y mi padrastro con la manguera nos daban no queremos volver”

Estos fragmentos testimoniales, permiten una visión panorámica de la situación de las mujeres embarazadas en situación de calle, como hemos visto en los testimonios, muchos de ellas aprendieron a consumir con sus amigas, de acuerdo a la encuesta realizada, un 31% de las personas en situación de calle aprendió a consumir drogas con sus amigos, en cambio el 27% lo hizo en la calle; el 8% aprendió a consumir con su familia y en tanto un 3% aprendió solo. Por otro lado, el 37% vivía con ambos padres antes de salir a la calle, el 17% vivía únicamente con su madre, el 8 % con su padre, el 13% con otras personas que no eran sus parientes y solo el 10% vivía con sus parientes.

Del total de las personas entrevistadas el 36% afirma que sus padres viven en las provincias, el 33% en otros departamentos y solo el 30% de los padres en la ciudad.

Estos fragmentos testimoniales permiten una visión panorámica de la situación de las mujeres embarazadas en situación de calle. Algo que no debe descuidarse es el hecho de que el protagonismo de la coca-cocaína en la política boliviana ha relegado cualquier acción contra la creciente adicción a los inhalables, pegamentos industriales en su mayor parte, que se registra en la población infantil y adolescente de las áreas urbanas de La Paz y otras ciudades del país. Los productos más populares entre jóvenes de 12 a 17 años son los pegamentos, los éteres y la gasolina

### 3.3.2 Lugares que frecuentan

Los lugares que frecuentan estas mujeres de la calle son diversos, destacándose parques y plazas donde desarrollan sus actividades, generalmente vinculadas a estrategias de

supervivencia tales como el hurto, con lo cual garantizan frágilmente su subsistencia. En la ciudad de La Paz se las puede hallar en la plaza San Francisco, en la Pérez Velasco, Juan de la Riva, Plaza Raul Show Moreno, Av. Del Poeta, Villa Armonía, inmediaciones de la Terminal de Buses, mercado Lanza y el denominado eje troncal (Montes, Av. Mariscal Santa Cruz, 16 de Julio y adyacentes). Como hemos visto en los testimonios son mujeres muy maltratadas, sin familia, con cinco a diez años en la calle.

Los principales proveedores de los inhalantes que consumen estas mujeres son sus mismos amigos de la calle, con lo cual el proceso de intoxicación y dependencia se inicia. Se puede asegurar que el consumo de inhalables les ayuda a olvidar su sufrimiento, les quita el hambre y también les da valor para robar, lo que para estas mujeres no es malo, pues consideran, que están tomando algo que los ricos les quitaron a sus padres pobres. Los hijos de estas mujeres de la calle nacen débiles, hablan más tardíamente, comienzan a andar más tarde pero, afortunadamente, son normales. Son pequeños muy nerviosos y necesitan mayor atención en su nutrición.

Vestimenta, hábitos alimenticios

Como complemento de todo lo hasta aquí señalado, puede apuntarse el hecho de que estas personas viven y mueren como pueden. Su vestimenta en poco las distingue de los mendigos, y su dieta no es precisamente un modelo a seguir. Apelan a la compasión de las personas para proveerse de ambos elementos y duermen donde pueden (bajo los puentes, puertas de calle, árboles, matorrales, etc.). Las estrategias de supervivencia también incluyen, en el caso de las mujeres, la prostitución eventual con la cual se proveen de lo necesario para adquirir pegamento o comida, como se señalaba en líneas anteriores.

Drogadicción y conducta irregular de mujeres embarazadas en situación de calle:

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo, por lo menos característico de las sociedades modernas o contemporáneas. Los estudios transculturales de la personalidad y los análisis antropológicos llevados a cabo en culturas o civilizaciones de muy antigua data, revelan pruebas del consumo de sustancias psicotrópicas, principalmente de origen vegetal, asociados a prácticas medicinales y mágico-religiosas. Quizá debido a la aceptación social de que gozaban dichas drogas en el marco cultural respectivo quienes hacían uso de ellas no fueron tipificados de "desviados " o "antisociales" (UNICEF 1987: 104)

La noción de desviación constituye para una sociedad, un argumento ético-jurídico que utiliza en defensa de la integridad de sus costumbres, valores e intereses. La conducta del drogadicto genera un efecto que repercute más allá del dominio estrictamente personal, y que por lo tanto incumbe a la comunidad y las instituciones, quienes se ven obligadas a ejercer acciones de hecho.

Pese a todo persiste, la discusión de si el drogadicto es un delincuente o sólo un enfermo. Si es lo primero entonces la sociedad deberá sancionarlo, remitiéndolo primero a los tribunales para su juzgamiento y después a la cárcel (o a las instituciones tutelares de niños, niñas o adolescentes, según sea el caso) para su explicación. Si es lo segundo entonces deberá ser liberado de su responsabilidad y, por lo tanto, su familia o la sociedad, deberá asumirla proporcionándole los medios para que se rehabilite y reinserte en su comunidad.

La polémica es grande. Mientras unos sostienen la eficacia criminógena de las drogas, otros abiertamente la rechazan (GARCÍA Sergio 1982: 46). La autora Hilda Marchiori, por ejemplo, expone que "la personalidad dependiente, con un síndrome de toxicomanía esta muy relacionada a aspectos criminológicos, especialmente por la inestabilidad emocional que manifiesta, la desinhibición en sus relaciones con los demás y el progresivo deterioro psíquico y social". Según Tocavén, alcohólicos y toxicómanos "llegan a cometer infracciones contra la propiedad, impulsados, casi siempre, por la necesidad de procurarse dinero para satisfacer sus necesidades tóxicas, contra las buenas costumbres, debido a un erotismo desviado y mal contenido, de violencia por la falta de control emotivo, con tendencia al pleito, a la rebelión y a las reacciones impulsivas en general". (TOCAVEN Ob. Cit., p. 30)

Por lo expuesto, las actividades de mujeres embarazadas en situación de calle adictas a los inhalables están relacionadas con la conducta irregular, para lo cual organizan sus diferentes operaciones. Cuando son descubiertas, es frecuente que se encubran y colaboran con la finalidad de evitar su traslado a instalaciones policiales. Una vez que dan a luz generalmente sus niños –a través de operativos policiales- son recuperados y enviados a instituciones. Las estrategias de supervivencia, en este contexto, juegan un papel importante en la protección del grupo. Los actos que pueden identificarse en el contexto de conducta irregular que son tipificados en nuestro código penal, son los siguientes:

- Hurto
- Robo

- Violación
- Estupro
- Vagancia
- Prostitución

La presencia de mujeres adictas sobre todo menores con conducta delictiva denominadas palomillas, polillas, etc, es un fenómeno que se agudiza en los últimos años en nuestro país. Éstas fueron creciendo en forma cuantitativa y cualitativa, ya que muchos de ellas hicieron del hurto su medio de vida. En muchos casos se fueron especializando como descuidistas, y en la prostitución.

En todos estos casos debe tomarse en cuenta la imputabilidad y la inimputabilidad de las niñas y adolescentes. En el primer caso, observamos que la imputabilidad es la aptitud concreta del sujeto para ser considerado penalmente responsable, según la conciencia, salud y madurez mental del autor.

El Código Penal, en su artículo 5, establece: "La ley penal no reconoce ningún fuero ni privilegio personal, pero sus disposiciones se aplicarán a las personas que en el momento del hecho fueren mayores de dieciséis años". Este artículo señala que las personas menores de esta edad son inimputables por los delitos que cometan, teniendo derecho únicamente a ser asistidos por personeros de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia (DNA).

Respecto a los menores inimputables, el Código Penal señala en su artículo 17: "Está exento de pena el que en el momento del hecho por enfermedad mental o por grave perturbación de la conciencia o por grave insuficiencia de la inteligencia no puede comprender la antijuricidad de su acción o conducirse de acuerdo a esta comprensión". Así, vemos que al concepto de imputabilidad corresponde el polo opuesto de la inimputabilidad, que equivale a la ausencia de responsabilidad de los sujetos que carezcan, al cometer el hecho, de la capacidad para comprender lo que hacen.

### 3.3.5 Deserción escolar

Normalmente la deserción escolar de estas mujeres en situación de calle se da porque los padres no se hallan en la capacidad de solventar sus estudios, acompañada de su ingreso al mercado laboral, generalmente en trabajos de ínfima categoría y pésima remuneración. En todo caso, conviene más nominar la deserción escolar como una circunstancia asociada antes que como un factor de abandono del hogar.

## Estudios estadísticos sobre el consumo de inhalables en la ciudad de La Paz

Hubo un momento en que los inhalables fueron las sustancias más consumidas en Bolivia después del alcohol y el tabaco. Desde 1998, sin embargo, están después de la marihuana.

Al analizar el consumo de inhalables, tuvieron un crecimiento muy acentuado entre 1992 y 1996; pero, a partir de entonces, este indicador bajó. Más entre 1996 y 1998 que entre 1998 y el 2000; aunque otra vez se acentúa esta bajada hasta el año 2005 y 2010 a nivel porcentual (la diferencia entre el 2005 y 2010 no es estadísticamente significativa). (CELIN – BOLIVIA 1992-2010)

### Evolución de la prevalencia del consumo de inhalables según género

Analizando la prevalencia del último mes o consumo actual, podemos decir que el indicador del 2000, es superior al del año 1992, a pesar de la baja continua que se presentó desde 1996, pero el 2005 ya tiene un indicador de consumo actual, de año y de vida, inferior al de 1992. Los porcentajes de 2010 son prácticamente iguales a los del 2005, estadísticamente hablando.

La siguiente tabla presenta la evolución (en porcentaje) en el consumo de inhalables por género, por parte del CELIN:

GÉNERO	ESTUDIO	MES	AÑO	VIDA
MASCULINO	1992	1,3%	2,4%	5,9%
	1996	3,3%	7,6%	1,37%
	1998	2,5%	5,4%	8,1%
	2000	2,24%	4,63%	5,87%
	2005	1,06%	1,39%	3,00%
	2010	1,02%	1,55%	3,10%
FEMENINO	1992	1,4%	3,2%	5,7%
	1996	0,4%	1,4%	2,5%
	1998	0,6%	1,6%	2,8%
	2000	0,81%	1,57%	2,16%
	2005	0,41%	0,55%	1,46%
	2010	0,41%	0,71%	1,55%

En cuanto al género femenino, se puede apreciar una baja importante entre 1992 y 1996. A partir de entonces, el indicador de consumo actual subió prácticamente en la misma proporción. A pesar de ello, el porcentaje de consumidoras actuales de inhalables el año 2000, son menos que el año 1992. Y el 2005, como en el caso de los varones, los tres indicadores de consumo son mucho menores que en 1992. No hay diferencia estadísticamente significativa en el indicador de prevalencia del último mes, entre el año 2005 y 2010.

### **Evolución de la prevalencia del consumo de inhalables, por edad**

En el grupo etéreo comprendido entre los 12 y 17 años de edad, se produjo una subida muy importante en el porcentaje de consumidores actuales de estas sustancias entre 1992 y 1996, para luego bajar, también considerablemente hasta 1998. El grupo etéreo que menos consumidores tiene es el comprendido entre los 51 a 65 años de edad y en los estudios del 2005 y 2010 ya no hay consumidores en este grupo. (CELIN BOLIVIA 1992-2010). El siguiente cuadro presenta (en porcentajes) la prevalencia de mes, año y vida del consumo de inhalables por edad del entrevistado:

PREVALENCIA		12-17	18-24	25-34	35-50
	1992	0.5	0.7	---	---
MES	1996	1.4	1.2	0.6	---
	1998	1.2	4.1	0.5	---
	2000	4.1	1.1	0.6	0.3
	2005				
	2010				
AÑO	1992	2.2	2.0	0.7	---
	1996	2.8	3.0	0.6	---
	1998	1.8	5.8	2.5	1.1
	2000	7.0	1.4	1.7	1.0

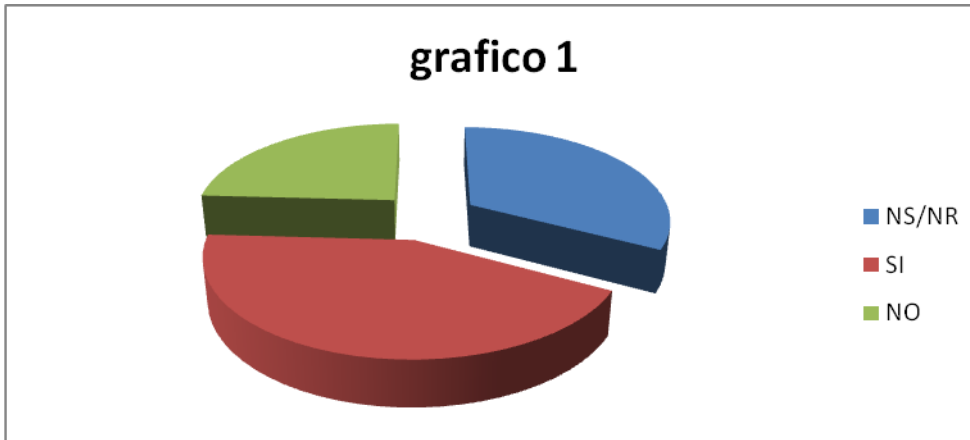
	1992	3.8	7.5	1.4	0.8
VIDA	1996	2.8	7.9	2.8	4.3
	1998	2.5	7.0	3.0	2.2
	2000	7.0	1.8	1.7	1.3

Por otra parte, la percepción de la población sobre esta problemática y sus posibles soluciones varía entre un informante y otro. Las siguientes tablas ilustran lo afirmado aquí:

Tabla 1. Pregunta: ¿Cree usted que es necesario implementar una norma jurídica que regule el embarazo en mujeres en situación de calle adictas a los inhalables?

Sexo	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NS/NR	5	20,83	14	52,94	19	32,75
Si	11	45,83	14	52,94	25	43.10
No	8	33,33	6	17,65	14	24.13
Total	24	100,00	34	100,00	58	100,00





Como puede apreciarse en la Tabla 1, un número significativo de las personas entrevistadas (43,10%) considera que debe existir una norma que regule y prevenga el embarazo en mujeres en situación de calle adictas a los inhalables. Esta valoración se circunscribe al hecho de que puede observarse una mayor cantidad de estas mujeres con hijos abandonados conforme pasa el tiempo. En la siguiente tabla se presenta una serie de respuestas referidas a las medidas que las personas entrevistadas consideran necesarias para prevenir este embarazo.

Tabla 2. Pregunta: ¿Qué medidas considera oportunas para la prevención del embarazo en mujeres en situación de calle adictas a los inhalantes ?

Sexo	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Que se apruebe una normativa para la cancelación de un bono para la esterilización voluntaria temporal o permanente de mujeres embarazadas en situación de calle adictas a los inhalantes	11	45,83	11	32,35	22	37,93
Que el gobierno cree más instituciones especializadas para recibir a estas mujeres y	8	33,33	12	35,29	20	34,48

sus hijos y trabaje en su reinserción a la sociedad						
Que las instituciones otorguen mayor cobertura a esta población	3	12,50	8	23,53	11	18,97
NS/NR	2	8,33	3	8,82	5	8,62
Total	24	100,00	34	100,00	58	100,00

Como puede apreciarse en esta tabla, un porcentaje importante de los entrevistados (37,93%) está de acuerdo con que el gobierno debe aprobar una normativa para la cancelación de un bono de esterilización.



Tabla 3. Pregunta ¿Considera usted que las instituciones en actual vigencia cumplen su misión de reinsertar socialmente a las mujeres embarazadas en estado de abandono y adictas a los inhalables?

Sexo	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	10	41.66	7	20.58	17	29.31

No	12	49.99	23	67.64	35	60.34
NS/NR	2	8.33	4	11.76	6	10.34
Total	24	100,00	34	100,00	58	100,00

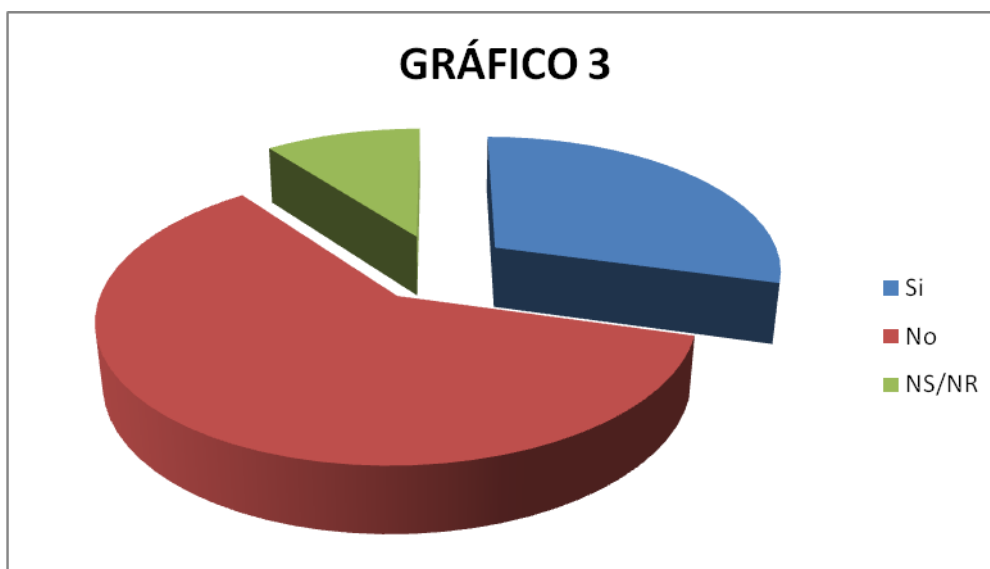


Tabla 4. Pregunta ¿Cree usted que las disposiciones legales existentes referidas a la rehabilitación de mujeres abandonadas adictas a los inhalables son ambiguas?

Sexo	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	15	62,50	17	50,00	32	55,17
No	5	20,83	11	32,35	16	27,59
NS/NR	4	16,67	6	17,65	10	17,24
Total	24	100,00	34	100,00	58	100,00

Cabe destacar que ésta y la siguiente pregunta fueron aplicadas a profesionales abogados.



Tabla 5. Pregunta ¿Cree usted que las disposiciones legales existentes referidas a la rehabilitación de mujeres abandonadas adictas a los inhalables son contradictorias?

Sexo	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	9	37.49	15	44.11	24	41.37
No	9	37.49	8	23.52	17	29.3
NS/NR	6	24.99	11	32.35	17	29.3
Total	24	100,00	34	100,00	58	100,00



## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS JURÍDICO DE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO**

Son muchas las disposiciones legales que existen en cuanto a la protección de la mujer embarazada en general y sus derechos fundamentales. Sin embargo, éstas no se cumplen en su totalidad, con lo que se facilita el atentado contra la integridad física de neonatos por nacer. Esto puede ser observado en nuestra población de estudio, ya que para ellas no existe un centro especializado para su atención y prevención del mismo donde puedan recibir un tratamiento especial y ser rescatadas de la adicción, pese a que existe legislación escrita como veremos a continuación.

#### **4.1.1 Constitución Política del Estado**

Adentrándonos en nuestra legislación boliviana, nuestro trabajo de investigación se enmarca en la Constitución Política del Estado como reguladora de la actividad política, administrativa y jurídica del país, donde los derechos fundamentales de la persona se hallan señalados en el Art.9 y con referencia a nuestro tema inc. 2,5 concordado con los Art.14 párrafo I, II, Art. 15 párrafos I,II,III en la observación realizada en esta investigación mucho de los embarazos se deben a la violencia sexual que sufren estas mujeres por sus propios congéneres que por el mismo estado en el que se encuentran y la promiscuidad en la que viven de Art.18 párrafos I II III haciendo referencia a la salud de la población. En concordancia con Los Artículos 35 párrafo II y 45 párrafo I ,IV Cabe observar que, sobre todo en lo referente a los cuidados que necesitan nuestra población de estudio, no es favorecida por encontrarse marginados por el estado y la sociedad.

#### **Artículo 9**

Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:

- 2) Garantizar el bienestar, el desarrollo la seguridad, la protección e igual dignidad de las personas, las naciones los pueblos y las comunidades, y fomentar respeto mutuo y él dialogo intracultural, intercultural y plurilingüe.

5) Garantizar el acceso de las personas la salud y al trabajo.

#### **Artículo 14**

**I** Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna .

**II** El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo , color edad, orientación sexual Identidad de genero origen cultura nacionalidad ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento goce o ejercicio, en condiciones de igualdad de los derechos de toda persona.

#### **Artículo 15**

**I** Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física psicológica y sexual nadie será torturado ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes.

No existe la pena de muerte

**II** Todas las personas en especial las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física sexual o psicológica tanto en la familia como en la sociedad.

**III** El estado adoptará las medidas necesarias para prevenir eliminar sancionar la violencia de genero y generacional así como toda acción u omisión que tenga por objeto degradar la condición humana, causar muerte, dolor sufrimiento físico sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.

#### **Artículo 18**

**I** Toda persona tienen derecho a la salud

**II** El estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

Cabe resaltar que nuestra población de estudio es totalmente discriminada en los servicios de salud debido a la adicción en la cual se encuentran sumergidas.

III El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo intracultural, participativo, con calidad calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Al respecto, el Estado para la defensa del capital humano debe alcanzar a toda la sociedad, pero acá existe una falencia de parte de este ente ya que no alcanza a las mujeres embarazadas adolescentes y adultas narcodependientes en situación de calle, no existe un centro especializado para la atención, como señalaremos más adelante.

#### Artículo 35

I El estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos.

#### Artículo 45

I Todas las bolivianas y bolivianos tienen derecho a la seguridad social con carácter gratuito.

V Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatal o postnatal.

#### **4.1.2 Código Niño, Niña y Adolescente Ley n.º 2026 de 27 de octubre de 1999**

Esta ley marca un hito en la legislación boliviana ya que supone la plena adaptación de la normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (UNICEF: PUBLICACION HECHOS; junio del 2000).

El Código Niño, Niña y Adolescente fue promulgado el 27 de octubre de 1999, modificando y mejorando sustancialmente el Código del Menor de 1992, acogiendo de forma plena la Doctrina de la Protección Integral.

En este sentido, el Código exige el cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia, con base en cuatro grandes principios:

- No discriminación

- Participación
- Interés superior del niño
- Desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes

Breve discusión sobre lo que propone este Código

El Código del Niño, Niña y Adolescente **protege a todos los niños, niñas y adolescentes** en el desarrollo de sus actividades, considerando niño o niña a toda persona desde que nace hasta los 11 años de edad; y adolescente desde los 12 hasta los 18 años.

Asimismo, **busca el cumplimiento de todos sus derechos con dignidad** (trato humano y respetuoso), **igualdad** (en las mismas condiciones para todos los niños, niñas y adolescentes), justicia y sin ninguna discriminación.

Es deber del Estado y la sociedad civil, velar por que la niñez y la adolescencia **goce libremente de sus derechos** a la vida y a la salud, a la familia, a la nacionalidad e identidad, libertad, respeto y dignidad, educación, cultura y esparcimiento, a la protección en el trabajo, a la asistencia y defensa jurídica, etc., **así por el cumplimiento de sus deberes** a cumplir las leyes, respetar los derechos de los demás, cuidar y respetar el patrimonio nacional y el medio ambiente, etc.

El Estado boliviano asegura la aplicación efectiva del Código, con la supervisión del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, instancia que a través del Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, norma las políticas de la niñez y adolescencia en Bolivia.

### **5.3 Código Niño, Niña y Adolescente Ley n.º 2026 de 27 de octubre de 1999**

Esta ley marca un hito en la legislación boliviana ya que supone la plena adaptación de la normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (UNICEF: PUBLICACION HECHOS; junio del 2000).

El Código Niño, Niña y Adolescente fue promulgado el 27 de octubre de 1999, modificando y mejorando sustancialmente el Código del Menor de 1992, acogiendo de forma plena la Doctrina de la Protección Integral.



En este sentido, el Código exige el cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia, con base en cuatro grandes principios:

- No discriminación
- Participación
- Interés superior del niño
- Desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes

### 5.3.1 Breve discusión sobre lo que propone este Código

El Código del Niño, Niña y Adolescente **protege a todos los niños, niñas y adolescentes** en el desarrollo de sus actividades, considerando niño o niña a toda persona desde que nace hasta los 11 años de edad; y adolescente desde los 12 hasta los 18 años.

Asimismo, **busca el cumplimiento de todos sus derechos con dignidad** (trato humano y respetuoso), **igualdad** (en las mismas condiciones para todos los niños, niñas y adolescentes), justicia y sin ninguna discriminación.

Es deber del Estado y la sociedad civil, velar por que la niñez y la adolescencia **goce libremente de sus derechos** a la vida y a la salud, a la familia, a la nacionalidad e identidad, libertad, respeto y dignidad, educación, cultura y esparcimiento, a la protección en el trabajo, a la asistencia y defensa jurídica, etc., **así por el cumplimiento de sus deberes** a cumplir las leyes, respetar los derechos de los demás, cuidar y respetar el patrimonio nacional y el medio ambiente, etc.

El Estado boliviano asegura la aplicación efectiva del Código, con la supervisión del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, instancia que a través del Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, norma las políticas de la niñez y adolescencia en Bolivia.

Ahora señalamos los principales artículos que hacen referencia a nuestra investigación y son los siguientes:

**Artículo 1 (Objeto del Código)** "El presente Código establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña y adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral,

espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia".

Respecto, a las adolescentes el libro primero derechos y deberes fundamentales Título I Derecho a la vida y la salud Capítulo Único :

Artículo 13 “( Garantía y protección del Estado ). Todo niño, niña y adolescente tiene derecho a la vida a la salud . El Estado tiene la obligación de garantizar y proteger estos derechos, implementando políticas sociales que aseguren condiciones dignas para su gestación nacimiento y su desarrollo integral.”

En este artículo notamos que el estado que tiene el estado para con las adolescentes y que debe implementar políticas sociales para una gestación nacimiento y desarrollo integral digna pero la realidad es cruel para las adolescentes inhaladoras como describe este Artículo extraído del periódico los Tiempos del 12-11-2009 “Más de un centenar de “hijos de la clefa”, denominativo para las tres generaciones que viven en la calle respirando el pegamento, fueron desalojados por unas horas de sus “pahuichis” (paraderos) como efecto del “megaoperativo” que la Policía, junto con la Defensoría de la Niñez y el Servicio Departamental de Gestión Social (Sedeges), realizó debajo los puentes, en La Coronilla y la Circunvalación en cercanías de la avenida Villarroel.

El operativo, sin embargo, sirvió más para develar la situación de varias adolescentes de 12 y de 13 años embarazadas viviendo en la miseria y que no daban señales de querer insertarse en algunos de los hogares para esta población, pese a la invitación formulada ayer (pues no se los puede obligar). La mayoría de los detenidos, tras recibir el desayuno y aseo en la Policía, decidió regresar al sitio donde fueron capturados.

Desde que la Policía levantó la primera carpa, se destapó una realidad de abandono, miseria, violencia, suciedad, enfermedad y adicciones. En medio de la inmundicia que rodea las carpas, estas niñas convivían con alcohólicos cuarentones con las caras marcadas de cuchillazos. Entre ellas, había varias a punto de ser madres que, venciendo su timidez, pidieron ayuda a la Defensoría de la Niñez para encarar su nuevo rol sin dejar su vida entre la clefa y el alcohol.

Artículo 15 “(Protección a la Maternidad) Corresponde a Estado proteger la maternidad a través de entidades de salud y garantizar :

1.- La atención gratuita de la madre en las etapas de prenatal , natal, con tratamiento médico .

4 Que las entidades de salud estatales, personal medico y paramédico, brinden a las niñas o adolescentes embarazadas, atención gratuita y prioritaria, así como la orientación medica, psicológica y social requeridas, durante el período de gestación, parto y posparto.

Aquí notamos que no habla específicamente sobre la población objeto de este estudio ya que necesitan una atención medica especial.

Artículo 6

La unidad de trabajo social de los servicios de salud deberá proceder a la evaluación de la situación Económica de niños niñas y adolescentes, para su acceso Universal e igualitario a la Salud y la prestación del suministro gratuito de medicinas prótesis y otros relativos al tratamiento médico habilitación rehabilitación que fueren necesarios en el marco de normas y políticas aprobadas para el sector .

En este Artículo se Garantiza la evaluación económica para el acceso a la salud y la prestación del suministro gratuito de medicinas y otros relativos a la rehabilitación lo cual tampoco se cumple ya que estas personas junto a sus neonatos deambulan en las calles padeciendo hambre y frío .

Artículo 7 (Protección a la maternidad) La implementación de las políticas de protección a la maternidad a que alude el Artículo 15 del Código del Niño Niña Adolescente y de cualquier otra medida de atención, es responsabilidad de los Directores de los Servicios Departamental y Municipal de Salud y, en su defecto, del Director Departamental de Desarrollo Social su incumplimiento será sancionado de acuerdo a la normativa vigente .

Artículo 11 ( Programas de Prevención de Salud ) La ejecución de los Programas Establecidos en el Artículo 19 del Código Niña Niño Adolescente es responsabilidad de los Servicios de Salud y de la Direcciones Municipales de Desarrollo Humano en coordinación con las correspondientes Jefaturas de Programa.

Artículo 12 ( Salud Sexual ) Los Ministerios de Salud y Deportes y de Educación a través de las Prefecturas y Gobiernos Municipales, diseñarán e implementarán programas de educación y servicios de atención a la Salud Sexual dirigidos a Niños Niñas y Adolescentes, de acuerdo a su etapa de desarrollo .

Este artículo señala a las instituciones señaladas para implementar campañas de salud pero poco o nada hacen por la población de estudio ya que esta población requeriría de brigadas móviles de salud con un equipo multidisciplinario compuesta de médicos dentistas y trabajadoras sociales .

Artículo 57 ( Políticas de Prevención ) Las políticas públicas de prevención definidas en el nivel normativo son esencialmente de carácter educativo y de responsabilidad operativa de la prefecturas y los gobiernos Municipales; debiendo involucrar a las instituciones y organizaciones de la sociedad civil .

#### **.Artículo 100 (Derechos)**

"El niño, niña o adolescente tiene derecho a la libertad, al respeto, a la dignidad como persona en desarrollo."

Asimismo, como sujeto del derecho, están reconocidos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales garantizados por la Constitución, las Leyes, Convención internacional sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales ratificados por el Estado Boliviano.

Al señalar dignidad como persona en desarrollo, debe considerarse que las adolescentes en estado de adicción, ya sea a inhalables u otras sustancias, no se les proporciona dignidad en su desarrollo debido a la falta de una reglamentación para la rehabilitación ni una atención medica de las mismas y posterior educación y reinserción social.

## **Artículo 105 (Respeto)**

"Ningún niño, niña o adolescente debe sufrir **discriminación** étnica, de género, social o por razón de creencias religiosas. Consiste en la inviolabilidad de la integridad física, psíquica y moral del niño, niña o adolescente."

"El Estado tiene la obligación de garantizar un trato respetuoso de igualdad y equidad a todos los niños, niñas y adolescentes que habitan en el territorio nacional."

Al respecto, nuestra población de estudio sufre la discriminación y marginación por parte de la sociedad debido a que presentan problemas de drogadicción, por las personas en general debido a su aspecto no aprobarán la relación ni siquiera de amistad mujeres de la calle, peor aún drogadictas, por lo cual son discriminadas, marginadas. Por tanto, el Estado tiene la obligación de garantizar el trato respetuoso e igualitario de todas las adolescentes , implementando políticas de atención a través de un centro especializado .

Ley contra la violencia en la familia o Domestica 1674 de 15 de diciembre de 1995

Artículo 2 (BIENES PROTEGIDOS )Los bienes jurídicamente protegidos por la presente ley son la integridad física, Psicológica, moral o sexual de cada uno de los integrantes del núcleo familiar .

Artículo 3 Constituye estrategia nacional la erradicación de la violencia en la familia El Estado a través de sus instituciones especializadas y en coordinación con las asociaciones civiles e instituciones privadas relacionadas con la materia :

c) Difundirá los derechos y la protección de la mujer dentro de la familia así como el acceso a la salud evitando discriminación o actos de violencia que perjudiquen o alteren su salud .

d) Sensibilizar a la comunidad a través de campañas masivas acerca de los cuidados que se debe prestar a la mujer embarazada, evitando todo tipo de violencia que pueda afectarla o afecte al ser en gestación.

En medio de la promiscuidad en la que viven se convierten en mujeres, que tienen embarazos precoces que es parte de otra etapa de su vida donde se supone estarían mas protegidas por su pareja .Sin embargo; siguen expuestas al peligro .El factor

determinante en este momento son los celos . Con un cuchillo en las manos y los efectos de la droga las mujeres se vuelven mas aguerridas ( valientes ) al momento de defender “lo suyo” lo que también tiene consecuencias fatales .

Algunas enfrentan a sus parejas con cuchillo botellas y navajas. En algunas oportunidades les hieren, pero en la mayoría de ellos los que las controlan golpeándolas hasta dejarlas tendidas en el suelo y en medio de sangre. Las jóvenes están prácticamente desfiguradas .

## **5.5 Comentario**

Las disposiciones legales en vigencia tomadas en cuenta para esta investigación ponen de manifiesto una preocupación social que trasciende las fronteras y se hace internacional. La sociedad margina pero no toma conciencia de esta situación, los organismos internacionales propugnan un tratamiento distinto a la problemática. Ya que si esta situación no cambia y nacen niños producto de la adicción como son los denominados “hijos de la clefa” esto tiende a convertirse en un problema humano mas grande y agudizarse de una forma tal como en el país vecino del Brasil donde tuvieron que aparecer los llamados escuadrones de la muerte donde asesinan a los niños de la calle ya que se convirtieron en un verdadero problema social jurídico.

## **PROPUESTA**

La propuesta de la presente investigación consiste en la elaboración de un Plan Nacional de Prevención del embarazo en mujeres adictas en situación de calle que se llevará a cabo a través de Ministerio de Salud y Deportes en forma conjunta con los Gobiernos Municipales. El referido Plan deberá ser aprobado por una Resolución Ministerial la cual deberá contener los siguientes aspectos:

## **RESOLUCIÓN MINISTERIAL**

### **PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN MUJERES ADICTAS EN SITUACION DE CALLE**

#### **VISTOS Y CONSIDERANDO**

Que el inciso a) artículo 7 de la Constitución Política del Estado Plurinacional establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y seguridad.

Que la Ley 3351 del 21 de febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario en Bolivia.

Que el Decreto Supremo 25233 del 27 de noviembre de 1998, establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los servicios departamentales de salud dentro de las previsiones del Decreto Supremo 25060 que establece la estructura orgánica de las Gobernaciones Departamentales y disposiciones vigentes en materia de salud.

Que la Ley 2426 del 21 de noviembre del 2002, y la Ley 3250 de ampliación del seguro universal materno infantil disponen la prestación de salud con carácter universal integral, gratuita en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a corto plazo a mujeres desde su nacimiento hasta la conclusión de su vida reproductiva.

Que el Decreto Supremo 29601 de salud familiar intercultural (SAFCI), tiene como objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud.

Que, ante la necesidad de establecer e implementar el modelo sanitario de salud, en coherencia con la realidad socioeconómica y cultural de la población boliviana, para desarrollar sus acciones en el marco de la justicia, buscando equidad fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud e impulsando procesos de articulación y complementariedad.

**SE ESTABLECE**

**PRIMERO.-** Contribuir a la Constitución Política del Estado Plurinacional orientada al desarrollo integral de las personas que tienen derecho a la vida y a la integridad física psicológica y sexual nadie será torturado ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o

humillantes con énfasis en las funciones específicas del sector salud que son: Promover, proteger y mantener la salud física mental y social de la población, reduciendo la morbimortalidad.

SEGUNDO.- Aprobar el Plan de prevención del embarazo en mujeres narcodependientes en situación de calle para brindar atención integral, diferenciada eficiente y oportuna a esta población en todos los establecimientos de las redes del servicios del sistema de salud con énfasis en la promoción y prevención y alentando la participación activa de esta población en el auto cuidado de su salud.

Articulando programas y /o proyectos gubernamentales en estrategias comunes a favor de la población objetivo del presente plan.

TERCERO.- Se autoriza la cancelación de un Bono a mujeres adictas en situación de calle (que será financiado de los recursos provenientes del impuesto directo a los hidrocarburos IDH), a mujeres que se sometan a la esterilización de manera voluntaria en las siguientes modalidades: esterilización permanente la suma de Bs 500 y esterilización temporal la suma Bs 100.

CUARTO.- Recomendar a la unidad de servicios de salud y calidad, dependiente de la Dirección General del Ministerio de Salud y Deportes, la ejecución, seguimiento y evaluación de este plan, dentro del Sistema Nacional de salud y la coordinación con otros sectores, agencias de cooperación y organismos no gubernamentales para su aplicación obligatoria a nivel nacional.

### **PROPUESTA DE PROGRAMA DE PLAN DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN MUJERES NARCODEPENDIENTES EN SITUACION DE CALLE**

Es un programa a cargo del Ministerio de Salud y los Gobiernos Departamentales y Municipales, dirigido a mujeres adolescentes y adultas narcodependientes en situación de calle con embarazos. El programa fomenta acciones de prevención y atención de los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y la maternidad no planeada en esta población, proporciona orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a la sexualidad.



El programa cuenta con siete líneas de acción en la vertiente de prevención:

Realizar un censo de este grupo etareo con la finalidad de tener estadísticas sobre el número de mujeres narcodependientes en situación de calle.

- Capacitar y asesorar al personal de los Sistemas Estatales y Municipales en la operación del programa.

Socializar el plan de prevención con ayuda de la policía nacional y estudiantes de medicina y trabajo social.

- Conformación de grupos de prevención del embarazo, disminuyendo así la incidencia del embarazo no planeado.

- Instrumentación de un Taller Básico de Prevención de Embarazos en mujeres Adolescentes y Adultas narcodependientes en situación de calle para sensibilizar a las jóvenes sobre las ventajas del ejercicio de una sexualidad responsable.

- Fomentar la coordinación inter e interinstitucional en apoyo de acciones para la prevención del embarazo.

Las actividades preventivas se realizan a través de un paquete básico de orientación cuyo contenido temático se basa en tres puntos fundamentales: sexualidad, entorno social y desarrollo humano.

Para la vertiente de atención el programa cuenta con las siguientes líneas de acción:

- Promover la desintoxicación de mujeres narcodependientes en situación de calle

- Instrumentar El Taller Básico de Prevención de embarazos en así como el Taller de Salud Sexual y Reproductiva para contribuir con la disminución de embarazos subsecuentes en este grupo de población.

- Canalizar casos específicos de atención especializada a las instancias correspondientes.

- Capacitar y asesorar al personal de los Sistemas Estatales y Municipales en la operación del programa y dar seguimiento.

El programa opera con una amplia perspectiva de género, es decir, procura incorporar a mujeres en procesos de corresponsabilidad en materia de salud reproductiva así como de maternidad. Asimismo, trata de erradicar concepciones culturales que de alguna forma intervienen en la discriminación cuando se está embarazada, como el rechazo, sentimientos de culpabilidad, vergüenza, etc. Además, incorpora instrumentos para prevenir la violencia intrafamiliar, que acompaña al embarazo no planeado en esta población.

Elaboración de una resolución ministerial emanada del ministerio de Deportes para la ejecución seguimiento y evaluación del Plan de prevención del embarazo en mujeres adictas en situación de calle dentro del sistema Nacional de Salud para su aplicación obligatoria a nivel nacional.

El abuso de alcohol y drogas ha tenido un efecto dramático en los hogares, en particular en los últimos 20 años. Con creciente frecuencia, los niños están entrando en el consumo porque sus padres son adictos al alcohol y las drogas. Muchos niños también son hijos de madres que abusaron del alcohol y las drogas durante el embarazo. Estos niños a menudo son colocados en hogares adoptivos con síndrome de alcohol fetal u otras condiciones relacionadas con las drogas.

De todas las tendencias recientes en el bienestar del niño, tal vez ninguno ha sido más preocupante que el aumento de casos de abuso y negligencia infantil como resultado de abuso parental del alcohol y las drogas.

Es por esto que la propuesta que en la que se centra esta investigación es la creación de un programa de prevención del embarazo de las mujeres adictas a través de los servicios de salud en coordinación con los Municipios departamentales con incentivos económicos que consisten en la creación de un bono de prevención, mediante el cual estas mujeres puedan beneficiarse y en contrapartida someterse a usar permanentemente un control de la natalidad a corto y a largo plazo ya que el daño que las mujeres hacen a sus hijos y el costo para la sociedad de su irresponsabilidad supone controlar su reproducción como una solución compleja para la salud pública y los problemas económicos.

Por otra parte proporcionar apoyo a los servicios de salud reproductiva, divulgación de la educación reproductiva utilizando fondos para motivar a las mujeres a ser esterilizadas o

utilizar formas particulares de control de la natalidad cuyo objetivo principal es promover el control de la natalidad en esta población