

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



TESIS DE GRADO

“LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ –BOLIVIA”

(TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIATURA EN DERECHO)

POSTULANTE : BRENDA GLORIA CAMACHO MÉNDEZ

TUTOR : Dr. JUAN RAMOS M.

LA PAZ – BOLIVIA

2014

**Dedico este logro a mis hermosos hijos, pues
son el motor de mi vida,
A mis padres por su apoyo incondicional**



**Mis agradecimientos al Dr. Juan Ramos por
guiarme en el proceso de la presente
investigación.**

**LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA
CIUDAD DE LA PAZ –BOLIVIA.**

ÍNDICE TEMÁTICO	Página
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	
1. ENUNCIADO DEL TEMA.	1
2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.	1
3. PROBLEMATIZACIÓN.	2
4. DELIMITACIÓN DEL TEMA.	2
4.1. DELIMITACIÓN TEMÁTICA.	2
4.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL.	2
4.3. DELIMITACIÓN ESPACIAL.	3
5. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA.	3
6. OBJETIVOS DEL TEMA DE LA TESIS.	4
6.1. OBJETIVO GENERAL.	4
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	4
7. MARCO CONCEPTUAL.	5
8. HIPÓTESIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.	10
8.1. VARIABLES.-	10
9. MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.	11
9.1. MÉTODO GENERAL.	11
9.2. MÉTODOS ESPECÍFICOS.	12
10. TÉCNICAS A UTILIZARSE.	12

**CAPITULO I:
DESARROLLO HISTÓRICO
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

- 1.1. LA DÉCADA DE LOS 90 PRESENTA LOS PRINCIPALES AVANCES EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. 15**
- 1.2. BOLIVIA PRESENTA EL "PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO SOCIAL. 19**

**CAPITULO II:
MARCO TEÓRICO**

- 2.1. SUJETOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. 22**
- 2.2. ALCANCE DE LOS DERECHOS SEXUALES. 23**
- 2.3. ALCANCE DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS. 25**
- 2.4. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA. 27**
- 2.5. EL EJERCICIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES. 29**
- 2.5.1. LA POLÉMICA ACERCA DEL ABORTO, COMO UN DERECHO REPRODUCTIVO. 30**
- 2.6. LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER. 31**
- 2.6.1. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LAS CUESTIONES RELATIVAS A SU SEXUALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD. 32**
- 2.6.2. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS QUE TIENE LA MUJER PARA EL MOMENTO DEL ALUBRAMIENTO EN CENTROS DE SALUD. 34**

**2.7. LOS OBSTÁCULOS Y LIMITACIONES QUE IMPIDEN A LA MUJER UN
PLENO EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.**

35

**CAPÍTULO III:
MARCO JURÍDICO**

3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.	38
3.2. MARCO JURÍDICO NACIONAL.	40
3.2.1. EN CUANTO A DERECHOS SEXUALES.	40
3.2.2. EN CUANTO A DERECHOS REPRODUCTIVOS.	42
3.3. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL.	44

**CAPITULO IV:
MARCO PRÁCTICO
(DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS)**

4.1. REVISIÓN DOCUMENTAL (DATOS ESTADÍSTICOS).	55
4.1.1. BOLIVIA PRESENTA LA TASA MÁS ALTA DE EMBARAZO ADOLESCENTE.	57
4.1.2. BOLIVIA TIENE EL NIVEL MÁS ALTO DE MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.	59
4.1.3. BOLIVIA TIENE UNO DE LOS ÍNDICES MAS ALTOS EN CUANTO A CANCER DE CUELLO UTERINO.	62
4.1.4. SITUACIÓN DEL VIH – SIDA EN BOLIVIA.	65
4.1.5. VIOLENCIA EJERCIDA POR LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LA CIUDAD DE LA PAZ.	68

4.2. RESULTADO DE LA ENCUESTAS.	70
A. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LAS CUESTIONES RELATIVAS A SU SEXUALIDAD EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.	71
B. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER EN CENTROS DE SALUD.	76
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA.	
ANEXOS	

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

11. ENUNCIADO DEL TEMA.

“LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER, EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA CIUDAD DE LA PAZ –BOLIVIA”.

12. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

El objetivo principal de la política de salud pública está contenido en el “Pilar de Equidad”, en el cual se establecen las políticas instrumentales del sector con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, “reafirmando la decisión de la mujer sobre su sexualidad y la libre determinación en la reproducción”, pero lastimosamente los hechos nos demuestran que en términos generales el prestigio de los servicios de salud públicos está deteriorados.

Aun cuando existe interés por demandar atención sanitaria, la respuesta institucional sigue siendo deficiente, insuficiente y/o inoportuna, los tiempos de espera, maltrato, rechazo, falta de información, muchas horas de separación de los familiares antes y después del parto hospitalario, sábanas y frazadas sucias, baños deteriorados y malolientes, y falta de apoyo emocional son factores presentes en las instituciones que inciden en la decisión de los usuarios de no acudir al sistema de salud pública, vulnerando el derecho fundamental de la mujer de recibir este cuidado en óptimas condiciones, por su supervivencia y sobrevivencia.

13. PROBLEMATIZACIÓN.

- ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos de la mujer?
- ¿Cuál es el papel que desempeña el Estado en cuanto a su protección y ejercicio?
- ¿Qué función cumple al respecto los servicios de salud pública?
- ¿Cómo vulneran los servicios de salud del municipio de la paz, derechos sexuales y reproductivos de la mujer?

14. DELIMITACIÓN DEL TEMA.

14.1. DELIMITACIÓN TEMÁTICA.-

La investigación se desarrollara, en base al análisis de como se está brindando la protección a la mujer para al ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, en especial cuando ellas acuden a los centros médicos de salud públicos, los cuales han sido altamente cuestionados en cuanto a la forma en la que se están brindando los servicios de salud sexual y reproductiva y como el personal de los mismos vulnera criterios primordiales en cuanto al manejo del tema.

14.2. DELIMITACIÓN TEMPORAL.-

El tiempo de investigación se realizara durante la gestión 2013, ya que se realiza el cambio de recurso del gobierno central a los gobiernos municipales, lo cual ha derivado en una mayor colapso de programa SUMI, lo cual brinda información acerca del desempeño de los servicios médicos especializados en

el cuidado de sexual y reproductivo de la mujer y estadística en cuanto a reclamos en se adecuado ejercicio y ejecución.

14.3. DELIMITACIÓN ESPACIAL.-

El espacio geográfico de estudio será el Municipio de La Paz, con especial énfasis en el circuito hospitalario de Miraflores, ya que comprende a los complejos de consulta externa y hospitalización, más frecuentes de la población Paceña, en especial de la femenina, por contar con un espacio especializado en genero como es el "Hospital de la Mujer", lo cual contribuye de manera directa a las cuestionantes planteadas.

15. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA.

La temática sujeta a investigación es relevante basado en el precepto constitucional del derecho a una vida digna y a la salud, en especial cuando se toma esta visión desde la perspectiva de protección a la mujer, pero lastimosamente la posición de inferioridad que presenta en muchas de las prácticas culturales dentro de nuestro país, restringe en varias formas su acceso a la atención y consejería, particularmente, en tema de su salud sexual y reproductiva.

En muchas ocasiones, las mujeres no pueden aprovechar los servicios de salud por razones tales como la edad, recursos económicos, porque no pueden abandonar el hogar ni a sus hijos, o simplemente porque no están informadas que existen esos servicios, los estereotipos de género han provocado que los adolescentes y los hombres no sean incluidos en los

programas de salud sexual y reproductiva; como consecuencia, no se sienten responsables de apoyar a las mujeres en ese aspecto.

Peor aún, pese a los intentos gubernamentales, son los centros de salud los que aun tienen arraigados estas prácticas discriminatorias en el trato a las mujeres adolescentes y jóvenes, en cuanto a sus derechos sexuales y servicios ineficientes y mediocres en cuanto a los derechos reproductivos, pues todos los días se tiene quejas en cuanto a mal funcionamiento de los mismos.

16. OBJETIVOS DEL TEMA DE LA TESIS.

16.1. OBJETIVO GENERAL.-

- Identificar las principales falencias de los servicios de salud del municipio de La Paz que dificultan y vulneran el adecuado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

16.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- Diferenciar de manera precisa los ámbitos de alcance de la salud sexual de la salud reproductiva.
- Analizar hasta en qué nivel se ejerce violencia por parte de los servicios de salud hacia las mujeres.
- Investigar la accesibilidad que tienen las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Revisar los alcances jurídicos y administrativos, en los cuales se incluye a los centros de salud como agentes protectores de los derechos sexuales y reproductivos.

17. MARCO CONCEPTUAL.

- a) **Control Poblacional:** *“También denominado Control de la Población es la práctica de reducir, mantener o incrementar el número de individuos de determinada población ya sea una especie animal o vegetal en un determinado territorio. El control poblacional se lleva a cabo actuando básicamente sobre dos variables: la reproducción o procreación (índice de natalidad) y la mortalidad”.*¹
- b) **Derechos Reproductivos:** *“Son parte de los derechos humanos y existen para garantizar nuestro bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con nuestro sistema reproductivo, sus funciones y procesos, así como la libertad para decidir informada previamente sobre el número y espaciamiento de los hijos e hijas que deseemos tener.”*²
- c) **Derechos Sexuales:** *“Los derechos sexuales son parte de los derechos humanos universales y están referidos a la forma de expresión de nuestra sexualidad con placer y afectividad si así lo deseamos, estableciendo relaciones sin violencia, de respeto mutuo y equidad entre hombres y mujeres, libres de discriminación y riesgo. Los derechos sexuales se centran en las diversas formas de vivir la sexualidad, y de expresarla.”*³
- d) **Educación Sexual:** *“El término se usa para describir el conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el*

¹ MALCOLM POTTS, ROGER SHORT; “Demasiada Gente”, capítulo 12 de Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva., 2001, pág. 317-345, ISBN , 84-8323-205-7

² CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTÁN
<http://www.flora.org.pe/aoe/derechos2.htm>

³ CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTÁN
<http://www.flora.org.pe/aoe/derechos2.htm>

aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva."⁴

e) Integridad Sexual: *"Es el derecho a la seguridad y control sexual del propio cuerpo en el concepto de la autodeterminación sexual".*⁵

f) Libertad Sexual: Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**, *"Supone el respeto hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, el reconocimiento a la posibilidad de obtener placer y tener experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. Solo se ven limitada por la edad de consentimiento sexual, su violación es considerada un delito".*⁶

g) Método Anticonceptivo: *"Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia".*⁷

⁴ **DEFINING SEXUAL HEALTH: REPORT OF A TECHNICAL CONSULTATION ON SEXUAL HEALTH**, 28–31 Febrero de 2002, Geneva. Organización Mundial de la Salud (2006).

⁵ **LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA** - N°348 de 9 de Marzo de 2013, Art. 6, inc. 7.

⁶ **PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN;** Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000, 19-22 Mayo 2000, Antigua Guatemala, Guatemala.

⁷ http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo

- h) Planificación Familiar:** *“Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales, el cual puede tener como objetivo engendrar o no descendencia y en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.”*⁸
- i) Presupuestos Sensibles a Género:** *“Son aquellos que se orientan con carácter prioritario a la asignación y redistribución de recursos hacia las políticas públicas y toman en cuenta las diferentes necesidades e intereses de mujeres y hombres, para la reducción de brechas, la inclusión social y económica de las mujeres, en especial las que se encuentran en situación de violencia y las que son más discriminadas por razón de procedencia, origen, nación, pueblo, posición social, orientación sexual, condición económica, discapacidad, estado civil, embarazo, idioma y posición política.”*⁹
- j) Salud Reproductiva:** Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** *“Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a*

⁸ **PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN;** Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000, 19-22 Mayo 2000, Antigua Guatemala, Guatemala.

⁹ **LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA** - N°348 de 9 de Marzo de 2013, Art. 6, inc. 4.

métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos".¹⁰

k) Salud Sexual: Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud". Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."¹¹

l) Servicios de Salud: "Son las prestaciones sanitarias públicas, para dar cohesión al sistema y garantizar los derechos ciudadanos en un determinado territorio, lo forman todas las estructuras y servicios públicos puestos al servicio de la salud de los ciudadanos, integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para el debido cumplimiento del derecho a la protección de la salud, determina las características fundamentales: La extensión de sus servicios a toda la población; La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación; La

¹⁰ **DEFINING SEXUAL HEALTH: REPORT OF A TECHNICAL CONSULTATION ON SEXUAL HEALTH**, 28–31; Febrero de 2002; Geneva. Organización Mundial de la Salud (2006).

¹¹ **PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN;** Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000, 19-22 Mayo 2000, Antigua Guatemala, Guatemala.

coordinación y en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único; La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados."¹²

m) Sexo Seguro: *"Es la denominación de una serie de recomendaciones y prácticas en las relaciones sexuales con el propósito de reducir el riesgo de contraer o contagiar alguna enfermedad de transmisión sexual, como el SIDA u otra infección así como el de facilitar el control de la natalidad mediante el uso de métodos anticonceptivos u otras prácticas sexuales."*¹³

n) Sexualidad: *"La sexualidad humana abarca tanto las relaciones sexuales (el coito) como el erotismo, la intimidad y el placer, la sexualidad es experimentada y expresada a través de pensamientos, acciones, deseos y fantasías, (OMS)".*¹⁴

o) Violencia Contra los Derechos Reproductivos: *"Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros".*¹⁵

¹² **FREIRE JOSE MANUEL;** "SITUACION DE LAS POLITICAS DE SALUD PUBLICAS"; España; 2009; www.hospitaldofuturo.com/imagenes/Jos%C3%A9-Manuel%20Freire.pdf

¹³ **DEFINING SEXUAL HEALTH: REPORT OF A TECHNICAL CONSULTATION ON SEXUAL HEALTH,** 28–31 Febrero de 2002, Geneva. Organización Mundial de la Salud (2006).

¹⁴ Definición de sexualidad - Qué es, Significado y Concepto
<http://definicion.de/sexualidad/#ixzz2neLcDUKC>

¹⁵ **LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA** - N°348 de 9 de Marzo de 2013, Art. 7, inc. 8.

p) **Violencia en Servicios de Salud:** *“Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres”.*¹⁶

18. HIPÓTESIS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Los servicios médicos del municipio de La Paz, vulneran los derechos de la mujer, al brindar un servicio inadecuado e ineficiente en cuanto a salud sexual y reproductiva.

18.1. VARIABLES.-

a) Variables Independientes.-

Servicio médico inadecuado e ineficiente en cuanto a salud sexual y reproductiva de la mujer. (Son aquellas que cumplen la función de causa o supuesta causa).

b) Variables Dependientes.-

Vulneran derechos sexuales y reproductivos. (Son aquellas que actúan como efecto o supuesto efecto).

c) Unidad de Análisis.-

- **Sujetos Activos:** Servicios Médicos del municipio de La Paz
- **Sujetos Pasivos:** Mujeres en edad fértil y activas sexualmente.

¹⁶ LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA - N°348 de 9 de Marzo de 2013, Art. 7, inc. 9.

19. MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN.-

“El método es el procedimiento planeado que se sigue en la actividad científica para descubrir las formas de existencia de los procesos, distinguir las fases de desarrollo, desentrañar sus enlaces internos y externos, esclarecer sus interrelaciones con otros procesos, generalizar y profundizar los conocimientos adquiridos de este modo, demostrarlos luego con rigor racional y conseguir después su comprobación en el experimento y con la técnica de su aplicación”. (Gortari, 1979).

Podría decirse que el método es un conjunto de principios generales que sientan las bases de la investigación, es un procedimiento concreto que se emplea, de acuerdo con el objeto y con los fines de ésta, para organizar los pasos y propiciar resultados coherentes, esto ayudará a establecer conclusiones objetivas y permite no sólo alcanzar adecuadamente el conocimiento, sino resolver problemas.

19.1. MÉTODO GENERAL.

- **MÉTODO DIALÉCTICO.-** Por ser un método universal permite ser utilizado como un medio para interpretar, de manera comprensiva y exhaustiva la realidad circundante, tomando en cuenta aspectos estructurales y super estructurales, para luego relacionarlos con la problemática económica, social, jurídica, etc., en la perspectiva de sacar conclusiones objetivas. Este método permitió realizar un estudio de la realidad relacionándolo con el problema planteado para poder sacar conclusiones objetivas, el cual será utilizado durante todo el transcurso de la investigación.

19.2. MÉTODOS ESPECIFICOS.

- **MÉTODO DEDUCTIVO**, Consiste en partir de principios y teorías generales para llegar a conocer un fenómeno particular, este método permitirá realizar el estudio de las unidades de análisis con la finalidad de dar una solución general al problema planteado y de esa manera poder demostrar la existencia de vulneración de los derechos sexuales y reproductivo de la mujer por parte de los servicios de salud del Municipio de La Paz.
- **MÉTODO DESCRIPTIVO**, "Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno, que sea susceptible de análisis"¹⁷. La descripción lleva la investigador a presentar los hechos tal como ocurren, puede afirmarse, agruparse y convertirse en información, hechos o eventos, que caracterizan la realidad observada, así, con esta se preparan las condiciones necesarias para la explicación de los mismos.

20. TÉCNICAS A UTILIZARSE.

"Es el conjunto de instrumentos y medios a través de los cual se efectúa el método y solo se aplica a una ciencia. La diferencia entre método y técnica es que el método es el conjunto de pasos y etapas que debe cumplir una investigación y este se aplica a varias ciencias mientras que técnica es el conjunto de instrumentos en el cual se efectúa el método". (Gortari, 1979).

¹⁷ MG. SC. ROBERTO LAURA BARRÓN; "Técnicas de Investigación Social"; 2006

Para la demostración práctica de la Hipótesis se utiliza las siguientes técnicas de investigación:

- **La Observación Científica.-** El cual es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor numero de datos.
- **Revisión Documental (Datos estadísticos).-** Sobre la problemática de las deficiencias que presentan los servicios médicos en cuanto a salud sexual y reproductiva.
- **Encuestas.-** En una muestra aleatoria compuesta por cien personas usuarias de los servicios médicos en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere, en base a un formulario de preguntas cerradas.

CAPITULO I: DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

“Es evidente que en la primera La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789) se refiere al hombre, al ciudadano masculino, las mujeres estuvieron excluidas de esta declaración, aunque las mujeres no faltaron a ninguna cita histórica durante el período revolucionario, puesto que hicieron oír su voz ante los representantes de los Estados Generales a través de los Cuadernos de Quejas. Y OLIMPIA DE GOUGE toma como modelo la misma Declaración, y escribe la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana, que presenta ella misma ante la Asamblea Nacional Francesa hace dos siglos. Ella muere en la guillotina.”¹⁸

En la segunda Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) aunque se refiere ya a los Derechos Humanos, el sujeto sigue siendo el hombre blanco, las mujeres no están incluidas.

En los años más recientes, diversos grupos de mujeres de todas partes del mundo hemos continuado la tarea de promover la aceptación y vigencia de nuestros derechos y libertades fundamentales, aportando por diferentes vías y medios a una nueva conceptualización global de los DD.HH.

¹⁸ SISTEMA INTERAMERICANO DE DD.HH, LA RESOLUCIÓN XXX de la Conferencia Interamericana, por la que se adopta la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre (DADDH) en 1948. Instituto Interamericano de DD.HH

Los desarrollos conceptuales y políticos en materia de reconocimiento de los derechos humanos han permitido posicionar los derechos sexuales y reproductivos, considerando su respeto y garantía como condiciones esenciales para el ejercicio y disfrute de los derechos de las mujeres como base de su verdadera ciudadanía, que no alude únicamente a tomar decisiones en el ámbito público, sino que se refiere a tener un verdadero dominio sobre su propio cuerpo de manera que sea autónoma en el ejercicio de la sexualidad y en lo relacionado con la reproducción.

1.3. LA DÉCADA DE LOS 90 PRESENTA LOS PRINCIPALES AVANCES EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

A continuación se repasan a revisar los hitos principales que han marcado el recorrido histórico del trabajo realizado en la promoción y defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR):

- **En 1948**, La Declaración Universal de Derechos Humanos en el marco de las Naciones Unidas, que establece el ideal común hacia el que todos los Estados deben esforzarse.
- **En 1966**, Los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos Sociales y Culturales, dieron más contenido a estos derechos e indicaron *“Los deberes y las responsabilidades de los Estados frente a los particulares y definieron mecanismos para verificar su cumplimiento”*.

- **En 1974**, en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest que aprobó el *"PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA POBLACIÓN"*, se reafirmó el derecho a la decisión reproductiva y se amplió para incluir a las parejas y a los individuos. De esta manera se permitió que la decisión de tener hijos o no tenerlos fuera considerada como una prerrogativa personal y se acercara a los otros derechos humanos, se determinó que al Estado le corresponde un papel activo en el resguardo de tal derecho, al señalar que las personas deben tener los medios, la educación y la información para hacerlos efectivos.

- **En 1984** en la Conferencia Internacional de Población de México, se reiteró que la planificación familiar es el Derecho Humano básico de todas las parejas e individuos, además, se avanzó en la dimensión del término *"RESPONSABILIDAD"* en dos sentidos. Por un lado, instando a los individuos y parejas a que ejerzan sus derechos reproductivos teniendo en consideración su propia situación, y las implicaciones que tienen sus decisiones para el desarrollo de sus hijos, de la comunidad, y de la sociedad en la que viven. Por otro lado, se sostuvo que aunque este derecho era objeto de una aceptación general, muchas parejas e individuos se hallaban en condiciones sociales, económicas o culturales que imposibilitaban su ejercicio porque carecían de información, educación y no tenían acceso a una variedad apropiada de métodos y servicios complementarios.

Hasta ese momento, las preocupaciones de la comunidad internacional eran netamente demográficas y la neutralidad de los documentos mencionados dejaba por fuera las especificidades y necesidades particulares de las mujeres, quienes por razones biológicas y culturales tienen particular interés en la reproducción, y a quienes además de haber excluido de las decisiones, se les ha restringido el acceso a la información.

Paralelamente, el movimiento social de las mujeres desde la década de los setenta ha insistido en la importancia de incluir en las agendas políticas de los países el tema de los derechos sexuales y reproductivos participando como protagonistas en la fundación de un nuevo enfoque de los derechos humanos e insistiendo en la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, que originaron documentos en conferencias más enfocadas al tema propio de género, celebradas en los años noventa en el marco de las Naciones Unidas, estas fuentes, a diferencia de los convenios y pactos mencionados, no vinculan a los Estados firmantes pero representan un compromiso político, que contribuyeron a darles contenido e impulso a los derechos sexuales y reproductivos son:

- **En 1992** - Una de las organizaciones más beligerantes ha sido CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, que asumió el reto de contribuir a esta tarea, y tomando como base el proyecto de Declaración de los Derechos Humanos de las Mujeres, redactamos en diciembre de 1992 en San José, Costa Rica, un documento que contiene las principales propuestas que, desde el movimiento de mujeres con perspectiva de género, se estima que podrían haberse recogido con ocasión del 50 Aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- **1993 – Viena.** Como resultado de las recomendaciones de Viena, la Asamblea General aprobó por consenso la **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**, que estipula que todos los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional, deberían prevenir, investigar y castigar los actos de violencia contra la mujer, hayan sido estos perpetrados por el Estado o por personas privadas– y designó un relator especial encargado de vigilar la aplicación de las medidas.

- **1994. El Cairo.** Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (ICPD). Esta Conferencia supuso el punto de inflexión en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial. De esta Conferencia emanaron consensos relativos a qué se entiende por salud sexual y reproductiva y por derechos reproductivos. El Programa de Acción de El Cairo se ha convertido en un valioso instrumento para la sociedad civil organizada que trabaja en la promoción y defensa de los derechos de las mujeres. Este Programa de Acción se acompañó, una previsión de recursos necesarios para poder ejecutarlo.

- **1995 Septiembre. La Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing.** Se identifican 12 esferas necesarias para potenciar el papel de la mujer y garantizar sus derechos humanos: la mujer y la pobreza; la educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de difusión; la mujer y el medio ambiente; y la niña.

“En base a estos tratados y convenios se enfatiza que la cooperación internacional es esencial para su implementación y lanza un llamamiento a la comunidad internacional a proveer tanto bilateral como multilateralmente un apoyo sustancial y adecuado para las actividades en población y desarrollo y llama a los órganos y organizaciones del sistema de Naciones Unidas a dar un apoyo efectivo y completo para la implementación del Programa. Decide que la Asamblea General de Naciones Unidas constituirá un mecanismo intergubernamental que jugará el papel primario en el seguimiento del Programa de Acción, para lo que organizará una revisión regular de la implementación, promoverá

un sistema de coordinación y guía para el seguimiento de la implementación del Programa".¹⁹

Naciones Unidas reconoce que la implementación de las recomendaciones contenidas en el Programa de Acción de la CIPD es un derecho soberano de cada país de acuerdo a sus leyes nacionales y prioridades de desarrollo, con el respeto a los valores éticos y religiosos y bagaje cultural de sus poblaciones en conformidad con los derechos humanos reconocidos internacionalmente, al mismo tiempo que suscribe el Programa de Acción firmado en septiembre de 2004 y urge a todos los países a considerar sus prioridades actuales de gasto para realizar contribuciones adicionales para la implementación de dicho Programa.

1.4. BOLIVIA PRESENTA EL "PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO SOCIAL.

En Bolivia, se crearon políticas al respecto en el gobierno del presidente Hugo Bánzer Suarez, en el marco del "PLAN GENERAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 1999-2000", el cual contenía como pilares fundamentales: oportunidad, equidad, institucionalidad y dignidad, que rigen aun en la actualidad, las políticas de los diferentes sectores, incluido el de salud.

"En este ámbito se propusieron reformas para continuar con la descentralización del sistema de salud y se creó el Seguro Básico de Salud, que incluía por primera vez la prestación de servicios dentro del área de salud sexual y reproductiva. A su vez, el Plan Estratégico de

¹⁹ LONDOÑO VÉLEZ, ARGELIA; "Derechos Humanos - derechos reproductivos y violencia sexual". Programa de Capacitación; Sur. Profamilia; Bogotá D.C.: 1999.

Salud (PES), aprobado en 1998, contiene las principales líneas directrices en materia de gestión técnico-administrativa, financiamiento, prestación de servicios, acciones intersectoriales, gestión social y perspectiva jurídica del sistema de salud. Se reconoce la importancia de las acciones en salud sexual y reproductiva como elementos fundamentales para reducir la mortalidad materna. Asimismo, la Norma Boliviana de Salud de Atención a la Mujer y al Recién Nacido regula los servicios de atención para una maternidad segura en los hospitales de primer, segundo y tercer nivel, y en los Institutos de Maternidad, Hospitales Departamentales, Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales de Distrito: "reafirmando la decisión de la mujer sobre su sexualidad y la libre determinación en la reproducción".²⁰

Entre los programas especializados de atención a la salud sexual y reproductiva se encuentran el Programa de Atención Integral a la Mujer, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y el Programa de Atención Integral al Escolar y Adolescente.

Asimismo, el Estado Nacional liderado por el Ministerio de Salud y Deportes impulsa Planes de Salud que garanticen el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como reconocimiento de los derechos de las mujeres y como una forma de promover el progreso y el desarrollo de la democracia:

- Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza 2001
- Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Violencia en Razón de Género 2001
- Plan Gral. de Desarrollo Económico y Social 2003 – 2007

²⁰ **COMPILADO DE MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO**, secretaría nacional de salud, diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia. La Paz, 1996 - 2001, (Secretaría Nacional de Salud, Diagnóstico Cualitativo).

- Plan Nacional "Salud y Equidad de Género" 2004 – 2007
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2007
- Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de los y las adolescentes 2004 – 2008
- Plan Nacional de Políticas Públicas para el ejercicio pleno de los Derechos de las Mujeres 2004 – 2007
- Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos 2009 – 2013
- Plan Nacional para la igualdad de Oportunidades 2009 – 2013
- Plan Estratégico Nacional Multisectorial VIH – SIDA
- Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015
- Plan Sectorial de Desarrollo "Hacia la Salud Universal" 2010 – 2020
- Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009 - 2013.
- Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009 - 2015.
- Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Mama 2009 - 2015.
- Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009 - 2015.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. SUJETOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.-

Todas las personas son titulares de los derechos sexuales y reproductivos, sin distinción de raza, etnia, sexo, orientación sexual, condición social o económica.

“Los derechos sexuales y reproductivos están dirigidos a garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, homosexuales y heterosexuales, y entre adultos, niños y niñas, en los ámbitos de la sexualidad y a lograr el máximo nivel de su salud sexual y reproductiva”.²¹

La sexualidad hace parte de la vida de todas las personas, desde que una persona nace hasta que muere, su sexualidad se manifiesta de diversas formas en cada fase de su ciclo vital, todas las personas, jóvenes, adultos, adolescentes, niños y niñas son sujetos sexuados y por lo tanto titulares de derechos sexuales y reproductivos.

La vigencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos se aplica a todos los campos de la vida social de las personas, tanto en el ámbito público como privado, en la relación con su pareja, en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la vida comunitaria, en la calle y en la relación con el Estado.

²¹ CALDERÓN MARÍA CRISTINA; “Los Derechos y la salud sexual y reproductiva”; Oficina Asesora Derechos sexuales y reproductivos PROFAMILIA. Bogotá 2006.

Si bien estos derechos no están explicitados como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, muchos de ellos están dispersos en todos, por lo que se puede afirmar que la mayoría de los derechos reproductivos si están reconocidos internacionalmente y son jurídicamente vinculante.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, son el resultado de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos: el derecho a la salud, a la salud sexual y la salud reproductiva, el derecho a la planificación familiar, el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos; el derecho a casarse y a construir una familia; derecho a la vida, a la libertad, integridad y a la seguridad; el derecho a no ser discriminada por cuestiones de género; el derecho a no ser agredida ni explotada sexualmente; el derecho a no ser sometida a tortura ni a otro tipo de castigos o de tratamiento crueles, inhumanos degradantes; el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer; el derecho a la privacidad; el derecho a la intimidad; el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar el consentimiento para ser objeto de experimentación.

2.2. ALCANCE DE LOS DERECHOS SEXUALES.-

Los derechos sexuales comprenden la capacidad de mujeres y hombres de expresar y disfrutar de forma autónoma y responsable de su sexualidad, sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

Los derechos sexuales permiten a los seres humanos construir y ejercer libremente múltiples identidades sexuales de acuerdo con sus intereses, convicciones y proyecto de vida, como requisito para la libertad.

“Estos derechos se apoyan básicamente en los siguientes preceptos:

- *La capacidad de hombres y mujeres de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias;*
- *La ausencia de toda clase de violencia, coacción o abuso;*
- *El acceso a servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones, dolencias y enfermedades que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad, incluidas las de transmisión sexual y el VIH/Sida.*
- *El reconocimiento de la independencia entre sexualidad y reproducción.”²²*

Los Derechos Sexuales incluyen, entre otros:

- El derecho de hombres y mujeres a ser reconocidos como seres sexuados.
- El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad.
- El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual.
- El derecho a vivir la sexualidad sin sometimiento a violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
- El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
- El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.

²² **INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.** Derechos Humanos de las Mujeres: Guía de capacitación. Tomo 1 y 2. San José: 2000. Módulo 10. p. 3.

- El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activo o activa o no.
- El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.
- El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece solo o sola.
- El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
- El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad. Los criterios básicos de calidad son: buen trato, eficiencia, confidencialidad, accesibilidad geográfica y económica.
- El derecho al desarrollo de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en caso de adquirir enfermedades de transmisión sexual.
- El derecho a contar con información oportuna, veraz y completa sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones y enfermedades que se pueden adquirir a través de las relaciones sexuales.

2.3. ALCANCE DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.-

Los derechos reproductivos permiten a las personas tomar decisiones libres y sin discriminaciones sobre la posibilidad de procrear, de regular la fecundidad y de disponer de la información y medios para ello.

También implica el derecho de tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, la prevención de

embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata.

“Estos derechos se apoyan en dos principios fundamentales:

***Autodeterminación reproductiva**, entendida como el derecho básico de todas las personas de decidir sobre su posibilidad de procrear o no, y en ese sentido planear su propia familia. **Atención de la salud reproductiva**, que incluye medidas para promover una maternidad sin riesgos, tratamientos de infertilidad, acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia) y programas de atención de cáncer uterino, de mamas y próstata.”²³*

Los Derechos Reproductivos incluyen específicamente:

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.
- El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.
- El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar.
- El derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros, aceptables y eficaces (incluyendo la anticoncepción de emergencia).
- El derecho de las mujeres a no sufrir discriminaciones o tratos desiguales por razón del embarazo o maternidad, en el estudio, trabajo o dentro de la familia.
- El derecho a tener acceso a servicios de salud y atención médica que garanticen una maternidad segura, libre de riesgos en los periodos de gestación, parto y lactancia y se brinde las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

²³ **PROFAMILIA.** Sexualidad y Reproducción. Bogotá D.C.; 2005. 11 p.

- El derecho de contar con servicios educativos e información para garantizar la autonomía reproductiva.
- El derecho a tener acceso a los beneficios del progreso científico, para contar con servicios accesibles que satisfagan las necesidades dentro de los mejores estándares de calidad.
- Acceso a servicios de atención médica incluyendo los que se refieren a la planificación de la familia.
- El derecho a información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.
- El derecho a adoptar decisiones en cuanto a la maternidad sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

2.4. SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.-

La sexualidad y la reproducción humanas tienen un valor en sí mismas y su ejercicio no se limita a las relaciones sexuales ni al embarazo, por el contrario, la sexualidad y reproducción se componen de múltiples espacios como el individual, el de pareja, el social; y de diversas vivencias, como la posibilidad de sentir placer, de expresar los afectos, sentimientos y emociones, con la manera de descubrirse a sí mismo, de expresar la orientación sexual, el proyecto de vida, la construcción de la identidad, las relaciones interpersonales y la posibilidad de ejercer derechos y deberes.

De ahí que cuando se habla de salud sexual y reproductiva se entiende a la persona humana desde un enfoque integral y completo, esta visión trae varias aplicaciones:

“La 1° permite que las personas sean comprendidas a partir de varios ámbitos: biológico (su cuerpo), psicológico (sus pensamientos,

sentimientos, valores) y social (familia, amigos y condiciones sociales en las que se desarrolla), en ese sentido, la salud sexual y reproductiva es concebida no sólo como la ausencia de enfermedades y dolencias biológicas, sino que además persigue el bienestar social, emocional y mental de todas las personas.

La 2° Implica que la sexualidad está presente a lo largo de toda la vida de una persona y se manifiesta de diversas formas en las distintas etapas de su ciclo vital: en la niñez, en la adolescencia, en la juventud, en la adultez y en la vejez, sin importar sus condiciones sociales, económicas, étnicas y culturales.

La 3° significa que el disfrute de la salud sexual y reproductiva está supeditado a la cultura, a las normas y valores de una determinada sociedad, en un momento determinado y es aquí donde el análisis desde una perspectiva de género tiene lugar. Los hombres y las mujeres viven su sexualidad y reproducción de una manera distinta, no sólo por las características biológicas (sexo), sino por los modelos de masculinidad y feminidad que propone la cultura para la vivencia de la sexualidad y reproducción (género). De ahí que la salud sexual y reproductiva tenga como uno de sus objetivos introducir las variables de sexo y género, para analizar con más detalle lo que implica la salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres.

Y la 4° permite entender que la salud sexual y reproductiva no es solamente un tema importante para la salud sino también que es un aspecto fundamental del desarrollo y de los derechos humanos".²⁴

²⁴ COOK REBECCA, DICKENS BERNARD Y FATHALA MAHMOUD; "Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integración de la medicina, la ética y el Derecho". Oxford University. Traducción al español Profamilia; Bogotá D.C.: 2004.

2.5. EL EJERCICIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES.-

Los derechos sexuales y reproductivos no son neutrales en cuanto al género y aunque hacen hincapié en la igualdad de hombres y mujeres en asuntos relacionados con la reproducción, no ignoran la especificidad de la situación reproductiva de las mujeres, ya que son ellas y no los hombres quienes se embarazan y en la mayoría de las sociedades del mundo son las principales responsables del cuidado y la crianza de los hijos.

Además porque su autonomía sexual y reproductiva se ve afectada por las distintas formas de violencia de que puede ser víctima y porque la falta de acceso a servicios de salud competentes y a información relativa a su cuerpo, funciones y procesos, la hacen particularmente vulnerable.

Aunque uno de los logros más importantes obtenidos para las mujeres es el reconocimiento de ser entendidas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos, no hay que olvidar que tienen un aparato reproductivo complejo y vulnerable que puede sufrir enfermedades y dolencias que hay que prevenir y atender para no poner en riesgo su vida.

“Sobre la situación de la salud general de las mujeres tienen gran repercusión aquellas enfermedades y dolencias relacionadas con el sistema reproductivo; la posibilidad biológica de quedar embarazadas y de ser madres, y las distintas formas de violencia a las que son frecuentemente sometidas. En principio, podría decirse que las mujeres están expuestas a las mismas enfermedades y dolencias que los hombres sin embargo, las pautas de enfermedad entre unos y otras difieren en razón a su constitución genética, a su condición hormonal y a sus estilos y comportamientos de vida derivados de su género... El

Banco Mundial identifica como la principal carga de enfermedad de la mujer tiene que ver con la maternidad, la segunda con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la tercera con la infección del VIH."²⁵

De acuerdo con lo anterior, se concluye que la maternidad es un evento que compromete de manera importante la salud de las mujeres, en la actualidad, muchas mujeres en Bolivia y en el mundo siguen muriendo por causa del embarazo o del parto.

2.5.1. LA POLÉMICA ACERCA DEL ABORTO, COMO UN DERECHO REPRODUCTIVO.

El derecho al aborto como derecho reproductivo, es uno de los derechos más controversiales en nuestra región, pues no está claramente definido en las leyes nacionales de Latinoamérica, aunque en algunos casos se ha incorporado nuevos supuestos de excepción de punición, como el "Aborto por Violación y el Aborto Terapéutico", y en otros se ha disminuido las penas, aún así, no es posible afirmar que existe una tendencia a flexibilizar la penalización del aborto y que se esté abriendo camino para su despenalización.

Al contrario hay una corriente bastante fuerte que se expresa, por ejemplo, en la tendencia a atribuir vida humana desde la concepción y la protección al embrión desde ese momento, lo que se convierte además de un obstáculo para la despenalización del aborto, en el impulso de un movimiento que pretende hacer retroceder lo que se avanzó hasta este momento.

²⁵ Citado por COOK, Op. Cit., p. 29. Banco Mundial, World Development Report: Investing in Health (New York: Oxford) University Press, 1993).

Pero es necesario realizar una aclaración al respecto donde todos encuentran la coincidencia de opinión donde es una decisión sobre una mujer, en la condición de mantener o no un embarazo.

“Tener el derecho abortar no significa tener la obligación de hacerlo, el derecho al aborto es un poder de actuar y de decidir, es muy respetable que miles de personas estén en contra del aborto en sus vidas privadas... lo que resulta inaceptable es cuando quiere imponerse creencias propias o impositivas de las culturales o círculos sociales a miles de mujeres, arrebatándoles el derecho a decidir si usan anticonceptivos, si abortan o no”.²⁶

La clase dirigente de nuestros países, viven en la contradicción de mantener la penalización del aborto y al mismo tiempo tener que disminuir hasta eliminar el aborto clandestino, como causa de muerte entre las mujeres.

2.6. LOS SERVICIOS DE SALUD Y SU RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER.-

Cuando el Estado garantiza servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, dentro de un adecuado lineamiento de respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos, se debe analizar el acceso a los servicios de salud, pero este debe tener como condición primordial la eficacia y eficiencia

²⁶ **DIAGNÓSTICO ELABORADO POR CLADEM**, como aporte a la campaña para una CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. www.convencion.org.uy

del mismo en cuanto a parámetros de prevención e información basados en los siguientes criterios:

- El acceso a información veraz y completa relacionada a la sexualidad y reproducción.
- El acceso a métodos anticonceptivos adecuados y confiables, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia (pastilla del día siguiente).
- Permitir el ejercicio de la decisión individual acerca de ser madre o padre.
- Cuando la salud de la mujer está en riesgo por causas relacionadas con el embarazo se debe tomar en cuenta lo que ella quiere, piensa y siente.
- Se debe brindar educación y desarrollar el respeto por la identidad de género u orientación sexual.
- Cuando se presente una víctima de violencia o abuso sexual, se debe resguardar su bienestar en base a criterios de auxilio, socorro, confidencialidad, aviso y apoyo a los órganos policiales y jurisdiccionales.

La sexualidad y la reproducción son dos aspectos fundamentales en la vida de las personas y cualquier acto que atente contra éstas, va en contra de los Derechos Humanos en conjunto.

2.6.1. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LAS CUESTIONES RELATIVAS A SU SEXUALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

Este parámetro es una sugerencia para los estados y gobiernos, en cuanto al manejo del tema de sexualidad segura, tiene su base, en los criterios de concientizar, atender y tratar, con énfasis a mujeres adolescentes y jóvenes, que despiertan a la sexualidad, pero muchas veces de maneras precoces e inseguras, por su inexperiencia en el tema, o mujeres cohibidas por el tipo de

sociedad en la que viven, donde no pueden decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia, por lo que se da como labor fundamental a los servicios de salud en especial los dependientes del Estado, en educar, orientar y si fuese el caso de llevar a cabo tratamiento, en los siguientes aspectos:

- El derecho contar dentro de los servicios médicos, con especialistas en salud sexual que brinden acceso a información, educación y servicios confidenciales de la mejor calidad posible, en cuanto a prevención y/o tratamiento de enfermedades propias de transmisión sexual.
- El derecho al trato igualitario, entre hombres y mujeres, por parte de los profesionales médicos, en orientación de salud sexual, respecto de las relaciones sexuales en el pleno respeto de la integridad de la persona.
- Concientizar a las mujeres sobre el respeto y consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.
- El derecho a ser orientado en la exploración de la propia sexualidad, libre de miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros impedimentos.
- El derecho acudir al servicio de salud sexual sea una persona sexualmente activa o no.
- El derecho a recibir información sobre la sexualidad independientemente de la reproducción.
- El derecho a ser asesorado sobre prácticas de sexo seguro para prevenir enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- Derecho a recibir debido auxilio médico, en caso de presentarse violencia sexual.
- El derecho de acceder a los métodos anticonceptivos de emergencia.

2.6.2. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS QUE TIENE LA MUJER PARA EL MOMENTO DEL ALUBRAMIENTO EN CENTROS DE SALUD.

Según los parámetros realizados en base a la normativa internacional se recomienda un especialísimo trato a la mujer que cursa el último periodo del embarazo o gravidez, en especial cuando es atendida en los centros de salud estatales, los cuales establecen:

- El derecho a ser atendidas en forma oportuna con el máximo respeto, sin discriminación alguna y mediante una relación que respete su condición humana.
- Recibir información sobre su estado de salud, así como de las implicaciones de las diferentes alternativas de tratamiento a que podría ser sometida, de tal modo que pueda decidir lo que mejor se ajuste a sus deseos o a sus convicciones en forma totalmente libre y voluntaria.
- El derecho a ser informada de manera accesible sobre la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga, o de cualquier prueba complementaria.
- El respeto al derecho de su imagen, de modo que no sea objeto de información pública sin su consentimiento expreso.
- El derecho a conocer el médico tratante y al personal responsable de su atención.
- La mujer embarazada tiene derecho a participar de las decisiones que tienen que ver con su bienestar o el de su hijo o de su hija, es decir, que tiene derecho a opinar y que se respete esa opinión.
- Derecho a recibir cursos de preparación para el parto.
- La mujer embarazada tiene el derecho de estar acompañada, antes, durante y después del parto, por su esposo, su mamá o una persona que ella decida que la acompañe, para disfrutar de este derecho no se

requiere que la mujer o las personas acompañantes hayan recibido el curso de preparación para el parto.

- La madre tiene derecho de estar con su niño o niña, después del parto y durante su estadía en el centro de salud, independientemente del nivel (hospital, clínica, posta médica, etc.).
- La mujer que acaba de tener a su hijo o hija, tiene derecho a atender a su hijo personalmente y alimentarlo según las posibilidades de ambos.
- El derecho a los exámenes ginecológicos y de mamas.

2.7. LOS OBSTÁCULOS Y LIMITACIONES QUE IMPIDEN A LA MUJER UN PLENO EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

- a) **La tradición cultural y machista en Latinoamericana.-** Que incluye favores sexuales en las distintas formas de dominación, desde la figura del llamado “deber conyugal”, que es la obligación de prestar servicios sexuales al cónyuge o al compañero de vida, hasta la práctica cotidiana y silenciosa del abuso sexual a niñas y niños, en la mayoría de los casos perpetuados por familiares o conocidos.

Según **María Lourdes Vargas**. Jurista y feminista nicaragüense, representante en Europa del Centro de Derechos Constitucionales “Carlos Núñez Téllez “de Managua ,Nicaragua, señala que *“Otras relaciones de poder donde se exige prestación de servicios sexuales, como es el caso de la empleada doméstica o el acoso sexual en el ámbito laboral. Además la violencia sexual en el asalto callejero, como arma de guerra en los conflictos armados, así como las violaciones en*

las cárceles. Está violencia de género limita el derecho de las mujeres y de las personas indefensas a decidir sobre su propio cuerpo”.

- b) La discriminación por orientación sexual y por la forma de unión de la pareja.-** En nuestra cultura, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la reproducción (aunque se ejerce de forma limitada) ha sido un derecho de las parejas heterosexuales y casada, las demás personas sufren discriminación de hecho y de derecho por su situación marital, orientación y preferencias sexuales, por su edad, por sus discapacidad, y por estar en situación de reclusión, lo cual limita el ejercicio pleno y oportuno de los sexuales y reproductivos.
- c) La Pobreza.-** Frente a la libertad formal consignada en nuestras Constituciones, como población nos encontramos en la realidad con la ausencia de esta libertad, por la falta de libertad material que implica la pobreza a la que están sometidas las mayorías de las mujeres en nuestros países, por la falta de oportunidades en primera educativas y en segunda laborales. Esta pobreza se traduce en la falta de una alimentación adecuada, la mala calidad de los servicios médicos, la falta de cobertura de la seguridad social, la ausencia de métodos de planificación familiar, la desprotección de la mujer embarazada y de los niños por parte del Estado.
- d) La fuerte presencia de la Iglesia Católica.-** Con su constante activismo contra el aborto y contra los métodos de planificación familiar (incluyendo el condón para prevenir el VIH – SIDA), han restringido efectivamente la posibilidad de las personas y en especial de las mujeres de controlar su propia reproducción y su salud sexual, al inculcar la idea errónea de que la sexualidad es algo pecaminoso o en el mejor de los casos, el silencio en torno a la sexualidad, convierten en tabú hablar de temas relacionados con la salud sexual, como es la protección contra enfermedades de transmisión sexual.

El punto de vista de la jerarquía de la Iglesia Católica afecta tanto a las personas católicas que están de acuerdo con el sector conservador, a las/os católicas/os que no comparten este pensamiento, tanto como a las personas que no pertenecen a esta Iglesia.

*“Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), la Iglesia como Estado, se manifestó como un sujeto político relevante en asuntos de trascendencia nacional e internacional. Los temas en discusión eran los derechos de las mujeres, la sexualidad, la salud reproductiva y las políticas de población. El Vaticano, junto con musulmanes conservadores y la derecha cristiana, explicitaron sus acuerdos para poder conservar ideas sobre género, sexualidad y reproducción basadas en principios religiosos ampliamente rechazadas aún por las/os creyente. En el continente americano 421.2 millones de personas son católicas, en Sudamérica viven 272.6 millones de católicas y católicos, mientras que en Centroamérica y Norteamérica el crecimiento se ha estancado se ha duplicado la cifra de creyentes”.*²⁷

²⁷ **JAIME NICOLÁS MUÑIZ - JAMES MADISON**; “Memorial y manifiesto contra los impuestos para la enseñanza de la religión”; Clave de Razón Práctica, N° 137.

CAPÍTULO III: MARCO JURÍDICO

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos ha sido reciente, estos derechos no están consagrados en un solo cuerpo normativo, sus fuentes se encuentran en el ámbito internacional en instrumentos y documentos internacionales.

3.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.-

Como la norma fundamental de la estructura jurídica nacional, la Constitución Política del Estado incluye dentro de su contenido parámetros de respeto y protección a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, con énfasis en los siguientes Artículos:

Artículo 9. *“Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley:*

5. Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.

Artículo 14. *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.*

El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, 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. *Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.*

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

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

Artículo 18. *Todas las personas tiene derecho a la salud...El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, intercultural, participativo, con calidad y 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.*

Artículo 35. *"I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.*

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos."

Artículo 45. *Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y practica intercultural; gozaran de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los periodos prenatales y posnatal.*

Artículo 48. *Las mujeres no podrán ser discriminadas o despedidas por su estado civil, situación de embarazo, edad, rasgos físicos o número de hijas o hijos. Se garantiza la inamovilidad laboral de las mujeres en estado de embarazo, y de los progenitores, hasta que la hija o el hijo cumpla un año de edad.*

Artículo 66. *Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.*

3.2. MARCO JURÍDICO NACIONAL.-

El Estado Nacional, realiza algunas acciones para poder cumplir con las exigencias de los protocolos internacionales, tales esfuerzos son traducidos en impulsar Planes de Salud que garanticen el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos como reconocimiento de los derechos de las mujeres y como una forma de promover el progreso y el desarrollo de la democracia:

3.2.1. EN CUANTO A DERECHOS SEXUALES.

a) PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER EN EDAD SEXUALMENTE ACTIVA CON EL FIN DE DETECCIÓN OPORTUNA (Ley Nº 252, 3 de julio de 2012)

Es una ley dirigida a la prevención de enfermedades propias de la mujer en edad sexualmente activa con el fin de detección oportuna en su **Artículo 1** dispone *"Todas las Servidoras Públicas y Trabajadoras mayores de 18 años que desarrollan sus actividades con funciones permanentes o temporales en instituciones públicas, privadas o dependientes de cualquier tipo de empleador, gozarán de tolerancia remunerada de un día hábil al año, a objeto de someterse a un examen médico de Papanicolaou y/o Mamografía"*.

Y en su **Artículo 2** "Para justificar el goce de esta tolerancia, toda Servidora Pública o Trabajadora deberá presentar ante la institución o lugar donde desarrolla sus actividades laborales, la constancia que evidencie la realización del examen de Papanicolaou y/o Mamografía, emitido por el Ente Gestor de Salud donde se encuentra asegurada o del Centro de Salud autorizado, y no así el resultado".

Ante esta situación el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia ha planteado un Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento del Cáncer de Cuello Uterino 2012 – 2020, que tiene como objetivo general: Reducir la morbi-mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en el ámbito nacional mediante la implementación de intervenciones estratégicas de promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, en el marco de la SAFCI y bajo la rectoría del MSD.

b) LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA (LEY N° 348 DE 9 DE MARZO DE 2013)

Es importante los avances en cuanto a la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, además de elevar conceptos como una forma de violencia a las acciones u omisiones de los servicios de salud, en materia de protección a la mujer como enmarca el **Artículo 7 (TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES)**. *En el marco de las formas de violencia física, psicológica, sexual y económica, de forma enunciativa, no limitativa, se consideran formas de violencia:*

7. Violencia Sexual. Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.

8. Violencia Contra los Derechos Reproductivos. Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

9. Violencia en Servicios de Salud. Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

16. Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual. Es toda acción u omisión, que impida o restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, afectiva y plena o que vulnere su libertad de elección sexual....

Artículo 20. (MEDIDAS EN EL ÁMBITO DE SALUD).

2. Incluir e implementar la Norma Nacional de Atención Clínica, el protocolo único de detección, atención y referencia de la violencia y sus efectos, incluyendo todas las formas de violencia física, violencia en servicios de salud, psicológica y sexual contemplados en la presente Ley, con enfoque intercultural y de género...

7. Respetar las decisiones que las mujeres en situación de violencia tomen en ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, en el marco de la normativa vigente...

10. Adoptar normas, políticas y programas dirigidos a prevenir y sancionar la violencia en servicios de salud y cualquier otra forma de violencia contra las mujeres en los servicios de salud, ejercida por cualquier funcionario de los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.

3.2.2. EN CUANTO A DERECHOS REPRODUCTIVOS:

a) SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL "SUMI" (Ley N° 2426 de 21 de noviembre de 2006).-

En referencia al objeto de creación de este seguro, el **Artículo 1** dispone que "Se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, a: Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, y los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los 5 años de edad".

El SUMI, a partir de su creación ha marcado un hito en la prestación de servicios públicos salud, a favor de las personas con mayor grado de vulnerabilidad, razón por la cual sus características de gratuidad y

universalidad, determinan la importancia y necesidad de su implementación. Para el caso motivo de estudio, su implementación en los establecimientos de salud de tercer nivel, también deberá ser asumida por las gobernaciones departamentales autónomas, en ejercicio de su competencia concurrente.

**b) AMPLIACIÓN DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL
"SUMI" (Ley N° 3250, del 6 de diciembre de 2005).-**

Mas su reglamentación que determinan la obligatoriedad en los servicios de salud, para que a todas las mujeres hasta los 60 años se les realice el examen de Papanicolaou, y si detectan lesiones precancerosas se les practique otros exámenes y tratamientos, incluyendo la cirugía en forma gratuita.

**c) NUEVO MODELO SANITARIO, MODELO DE SALUD FAMILIAR
COMUNITARIO INTERCULTURAL "SAFCI" (Decreto Supremo N°
29601 de 11 de Junio de 2008).-**

En referencia a objetivo, principios y estrategia para la implementación del SAFCI, el **Artículo 1**, dispone que el presente Decreto Supremo *"Tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI"*.

En ese sentido el **Artículo 2**, señala que el objetivo del Modelo SAFCI, *"Es contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social; y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población"*.

d) LEY PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA, PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y ASISTENCIA INTEGRAL MULTIDISCIPLINARIA PARA LA PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH-SIDA (Ley N° 3729 de 8 de Agosto de 2007)

Esta ley aunque en su contenido mismo resalta ser perteneciente al grupo de derechos sexuales y reproductivos, tiene una estrecha vinculación, pues se trata de una enfermedad, que en un gran promedio, es transmisible por contacto sexual, promueve políticas preventivas, y de protección para los portadores del virus y para aquellas mujeres que se encuentran en gestación con el fin de evitar el contagio a sus hijos, resalta el principio de atención medica y de suministro de medicación y tratamiento pertinente.

3.3. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL.-

Se debe partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). En el artículo 1 se expresa: *"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos"*. En relación a los derechos inherentes al matrimonio indica que:

"Los hombres y las mujeres a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio".

a) La Comisión sobre el Estado de la Mujer (CSW) elaboró en el seno del sistema de Naciones Unidas.

La Convención de los Derechos Políticos de las Mujeres, posteriormente aprobada en diciembre de 1952 y relativa a los derechos fundamentales de la mujer en cuanto a su participación en la vida política. La Convención para la Nacionalidad de las Mujeres Casadas, adoptada por la Asamblea de Naciones Unidas en enero de 1957. Convención para el consentimiento de matrimonio, la edad mínima para el matrimonio y el registro de matrimonios, adoptada en Noviembre de 1962.

b) La Asamblea General de Naciones Unidas (1963 – diciembre).

Adopta una resolución solicitando al Consejo Económico y Social que invite a la CSW a preparar un documento de declaración que combine en un único instrumento internacional los estándares que articulen la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. La Declaración para la Eliminación de la discriminación contra las mujeres fue aprobada en Asamblea General en diciembre de 1967, sin la fuerza contractual de un tratado, sino más bien como un posicionamiento de intenciones morales y políticas.

c) Se celebró la Primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos (1968, Teherán).

Fue el primer foro internacional donde se reconoció por primera vez el derecho de los padres a la planificación familiar. Se convino en que padres y madres tienen "el derecho humano básico a determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos". En un marco global de elevado crecimiento poblacional, se propone el acceso a medios y métodos para planificar una familia.

d) La Comisión sobre el Estado de la Mujer (1972).

Consideró la posibilidad de preparar un Tratado con fuerza normativa a la Declaración previamente aprobada por la Asamblea General y dos años más tarde se decidió preparar el Tratado como instrumento para eliminar la discriminación contra las mujeres.

e) Primera Conferencia Internacional en Población Bucarest (1974).

Inspirado en las mismas premisas defendidas por demógrafos y analistas de población, se aproximan al análisis de la población mundial desde una perspectiva de búsqueda de equilibrio entre el crecimiento demográfico y la distribución de recursos. El avance desde una perspectiva de derechos reproductivos se recoge en la afirmación que “la planificación de la familia es un derecho fundamental de todas las parejas e individuos” y no para los padres y madres como había ocurrido hasta entonces. Pero no se abordaron aún las altas de fecundidad en los países en desarrollo desde la perspectiva de los derechos de la mujer.

f) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entran en vigor en 1976.

Jurídicamente obligatorios para los Estados que los ratificaron, con respecto a los derechos de género y reproductivos repercuten en el derecho de la mujer de estar libre de todas las formas de discriminación, el derecho a la libertad de reunión y asociación, y los derechos pertinentes a la familia. El primer pacto reconoce los derechos a “la libertad y la seguridad de la persona” y a “la libertad de expresión”, incluida “la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole”; y afirma que “el matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes”.

g) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) 1979.

Se aprueba en Asamblea General Naciones Unidas, entró en vigor en 1981 tras ser ratificada por 20 países, 10 años después (1989) casi 100 países declararon sentirse obligadas por esta Convención. Cabe destacar lo siguiente:

- Culminó el trabajo de más de 30 años de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1946)
- Incorporó la mitad femenina de la humanidad a la esfera de los derechos humanos
- Definió "discriminación contra la mujer" como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.
- Amplió la interpretación del concepto de derechos humanos mediante el reconocimiento formal del papel desempeñado por la cultura y la tradición en la limitación del ejercicio por la mujer de sus derechos fundamentales.
- La cultura y la tradición se manifiestan en estereotipos, hábitos y normas que originan las múltiples limitaciones jurídicas, políticas y económicas al adelanto de la mujer.
- Instó a los Estados a modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres y garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el

reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos.

- Además de adoptar todas las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los relativos a la planificación de la familia, así como garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario incluida la nutrición adecuada durante embarazo y lactancia.
- Definió el significado de la igualdad obligando al reconocimiento de QQ la igualdad de la mujer con el hombre ante la ley.
- Estableció una declaración internacional de derechos para la mujer y estableció un Comité y un programa de acción para que los Estados los garanticen.

h) Conferencia Internacional en Población (1984 - Méjico).

Dentro de lo cual cabe destacar:

- El acuerdo en que los hombres deben compartir la responsabilidad de la planificación de la familia y la crianza de los hijos “a fin de proporcionar a las mujeres la libertad de participar plenamente en la vida de la sociedad”, un objetivo integral para el logro de “los objetivos de desarrollo, inclusive los relativos a la política de población”.
- Puso en evidencia las necesidades insatisfechas en planificación familiar entre las parejas que querían limitar o espaciar los embarazos pero que carecían de acceso a métodos anticonceptivos.
- Señaló que las necesidades en anticoncepción aumentarían enormemente a medida que fuera aumentando en la década siguiente el número de parejas en edad de procrear.
- Se identifica a los y las adolescentes como grupo diana para el trabajo.

- Se sitúa el escaso intervalo inter genésico como una de las causas de la mortalidad materna.
- Se convino en que nunca debía promoverse el aborto como medio de planificación familiar, que debía ayudarse a las mujeres a evitar el aborto mediante un mayor acceso a los métodos de planificación de la familia y que quienes se veían obligadas a recurrir al aborto necesitaban un trato humanitario y un asesoramiento psicosocial.

i) Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

Además de los derechos de los niños, trata de las relaciones de género.

Reafirma:

- El derecho a los servicios de planificación familiar.
- Obliga a los Estados a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”.
- Exhorta a adoptar “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los y las niñas”.
- Establece que los Estados deben comprometerse “a proteger al niño y a la niña contra todas las formas de explotación y abuso sexuales”
- Establece que niños y niñas deberán tener acceso a la información “que tenga por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”.

j) 1993, Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos.

En ella se declaró que los derechos humanos son una norma universal, independiente de los estándares vigentes en cada uno de los Estados. Destaca:

- Los derechos de las mujeres y las niñas son parte “inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos”, y que requieren atención especial como parte de todas las actividades de derechos humanos.

- Exhortó a dar una mayor prioridad a la erradicación de todas las formas de discriminación por razones de sexo; a asegurar la participación en condiciones de igualdad de las mujeres en la vida política, civil, económica, social y cultural; y a eliminar todas las formas de violencia por motivos de género.
- El disfrute por parte de las mujeres de los derechos, incluido el acceso en condiciones de igualdad a los recursos, es a la vez un fin en sí mismo y un factor esencial para la potenciación del papel de la mujer, la justicia social y el desarrollo social y económico en general.
- Afirma que las mujeres deberían disfrutar de los más altos niveles de salud física y mental a lo largo de toda su vida.
- Se reafirma el principio de igualdad entre hombres y mujeres y el derecho a acceder en condiciones de igualdad a la educación en todos los niveles.
- Se reconoce el derecho de la mujer a disponer de servicios accesibles y adecuados de atención de la salud y a la más amplia gama de servicios y métodos de planificación familiar.

k) Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (ICPD). 1994. El Cairo.

- Reconoció la aproximación integral y la interrelación entre población y el crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible.
- Reconoció que la potenciación del papel de la mujer y la mejora de su condición jurídica y social con fines imprescindibles para el logro del desarrollo sostenible.
- Plantea el contexto y el contenido de los derechos reproductivos, en el párrafo 7.3 se indican los preceptos intrínsecos: *“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales*

sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso”.

- Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.
- Dio forma a la política global actual de servicios. “Paquete de salud reproductiva incluye Planificación familiar, Educación Sexual, Salud materna y Protección frente a ITS”
- Resaltó la necesidad de dirigir servicios de SSR a los y las OO adolescentes, con el objetivo de reducir el número de embarazos no deseados.
- El aborto no debía promoverse como método de planificación familiar.
- Se reconocieron los riesgos y la dimensión del aborto inseguro.
- Los derechos reproductivos son centrales en los derechos humanos, especialmente para las mujeres por razones biológicas, sociales y económicas.

I) IV Conferencia Mundial de las Mujeres (1995 Septiembre - Beijing).

Se estipula que *“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.*

El reconocimiento explícito y la reafirmación de que el derecho de QQ todas las mujeres en el control de todos los aspectos de su salud y particularmente de su fertilidad es básico para su empoderamiento, gran parte de los conceptos de la CIPD relativos a los derechos reproductivos fueron incorporados directamente en la siguiente Plataforma de Acción:

- Los derechos de las mujeres son derechos humanos.
- La igualdad de derechos, oportunidades y acceso a los recursos, la igualdad en las responsabilidades familiares en pos de generar armonía entre ellos, son críticos para su bienestar y el de sus familias así como para la consolidación de la democracia.
- Es esencial el diseño, implementación y monitorización de políticas y programas efectivos, eficientes y sensibles al género con la participación activa y completa de las mujeres, incluyendo el desarrollo de políticas y programas a todos los niveles para el empoderamiento y el avance de las mujeres.
- La participación y la contribución de todos los actores de la sociedad civil, en particular los grupos y redes de mujeres, organizaciones no gubernamentales y comunitarias con total respeto a su autonomía en cooperación con gobiernos, son importantes para la implementación efectiva y el seguimiento de la Plataforma de Acción.
- Animar la participación activa de los hombres en todas las acciones hacia la igualdad y asegurar la igualdad de acceso y tratamiento de hombres y mujeres en la educación y la salud y reforzar la salud sexual y reproductiva de las mujeres así como la educación, incorporando las condiciones de acceso a los servicios de salud: privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado.
- Y Promover y proteger todos los derechos humanos de mujeres y niñas.

m) Nueva York Cumbre del Milenio (2000)

Esta Cumbre culminó con el compromiso de la comunidad internacional para el cumplimiento en el año 2015 de un conjunto de objetivos de desarrollo.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son:

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Como se puede observar tres de los ocho ODM –mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, están directamente relacionados con la SSR, mientras que otros cuatro, erradicar la extrema pobreza y el hambre, conseguir la educación primaria universal y promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres.

n) Asambleas Especiales (UNGASS) - celebradas en 2001, 2006 y 2008.

Solo de la celebrada en 2001 emanó una Declaración suscrita por la comunidad internacional y en la que se profundiza –entre otras cosas- en la búsqueda de la perspectiva de derechos en el trabajo de lucha contra la pandemia.

Podría valorarse sin embargo, que ninguna de las reuniones y conferencias celebradas en este siglo XXI con posterioridad a la Cumbre del Milenio, ha obtenido un nivel semejante de consenso y compromiso internacional (con excepción de las reuniones celebradas relativas a la

cooperación internacional en su conjunto tales como la reunión en París de la que surgió la Declaración de París o la más recientemente celebrada en Accra) y tampoco se han definido instrumentos novedosos que propicien un marco conjunto de trabajo, como hasta ahora son los ODM.

o) Consenso de Quito, agosto 2007 sobre participación política de las mujeres.

El ámbito geográfico fue América Latina y Caribe y en particular en su artículo 23 recoge aspectos relativos a Derechos Sexuales y Reproductivos:

“Reconociendo las inequidades de género como determinantes sociales de la salud conducentes a la precariedad de la salud de las mujeres en la región, en especial en los ámbitos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, lo que se expresa en el avance y la feminización de la epidemia del VIH/SIDA y en las altas tasas de mortalidad materna, en virtud de, entre otros, el aborto en condiciones de riesgo, los embarazos de adolescentes y la provisión insuficiente de servicios de planificación familiar, lo que demuestra las limitaciones aún existentes del Estado y de la sociedad para cumplir con sus responsabilidades relativas al trabajo reproductivo”.

CAPITULO IV:

MARCO PRÁCTICO

(DEMOSTRACIÓN DE LA HIPÓTESIS)

Para la demostración práctica de la Hipótesis planteada, se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

- Revisión Documental (Datos estadísticos) sobre la problemática de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y su estrecha relación con los servicios de salud.
- Encuestas, por medio de una muestra aleatoria compuesta por cien mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, para detectar donde se manifiesta de manea recurrente la vulneración de derechos analizados en la presente investigación.

4.1. REVISIÓN DOCUMENTAL (DATOS ESTADÍSTICOS).

Las obligaciones y compromisos de los Estados en el plano del derecho internacional de los derechos humanos es una herramienta para el trabajo en la práctica cotidiana.

Los derechos sexuales y reproductivos pertenecen al sistema de protección de los derechos humanos que se ejercen en relación al Estado, de todas las autoridades públicas: en el poder ejecutivo, el municipal, los órganos legislativos, los órganos judiciales, en especial de los servicios médicos de salud.

Estas autoridades públicas tienen la obligación de respetar los derechos, garantizarlos y prevenir que estos no sean vulnerados, ya sea por acciones directas o por omisiones voluntarios o involuntarios de los que están a cargo, por ejemplo: Cuando se niega información acerca de la condición de salud de la mujer gestante, cuando no se entrega un método anticonceptivo en la consulta de un adolescente o cuando se niega el derecho a acceder a un aborto no punible, etc., el Estado puede ser responsable por no haber cumplido sus deberes de garante.

Bolivia ha realizado un importante avance al incluir los derechos sexuales y reproductivos en su Constitución Política y coadyuvar a su respeto en otras leyes paralelas, sin embargo, no ha podido, realizar avances significativos en cuanto a problemas más latentes vinculados a esta temática en base a los aspectos que continuación se pasarán a detallar:

- En primera instancia como se demuestra una simbiosis en el tema de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres adolescentes y jóvenes la cuales están más propensas al embarazo precoz y contagio de enfermedades sexuales.
- El segundo parámetro va guiado en el nivel de mortalidad materna, analizado desde el periodo de gestación, alumbramiento y post parto, incluyendo la estadística de abortos legales y los clandestinos.
- El tercero es el análisis de cómo se desarrolla la prevención y tratamiento de cáncer de cuello uterino, la cual es una causal de muerte femenina de alto rango en el país.
- El cuarto factor preocupante es el control de la transmisión de enfermedades sexuales, el VIH y sida, en la población de mujeres cada vez más jóvenes.

4.1.1. BOLIVIA PRESENTA LA TASA MÁS ALTA DE EMBARAZO ADOLESCENTE.

Los embarazos en adolescentes se han convertido en un problema de salud pública, lo cual es reconocido por el propio Ministerio de Salud, la incidencia es cada vez más alta y las consecuencias no están siendo debidamente analizadas, pues de 100 adolescentes 20 estarían embarazadas y de estas 16 dejarán el colegio, por tanto es necesaria analizar los siguientes datos de referencia:

CECILIA MAURENTE, (Especialista de Programas de UNFPA para América Latina y el Caribe), indica *“Que la región pasó a ser la segunda del mundo con la mayor tasa de fecundidad en adolescentes, después de África subsahariana, la tasa promedio es 70 nacimientos en adolescentes de 15 y 19 años por cada 1.000”*.

- Datos de la **Unidad de Salud Sexual y Reproductiva** establece que 7 de cada 10 adolescentes tuvieron sus primeras relaciones sexuales con sus parejas, se estima que al menos 5 quedan embarazadas.

El 18 por ciento de mujeres adolescentes entre 15 y 18 años ya ha sido madre en Bolivia, de ellas el 70 por ciento no planificaron el embarazo, en cifras exactas adaptadas al nuevo censo hay 88 nacimientos por cada 1.000 mujeres adolescentes en el país, donde se incide en la población más pobre y con menor oportunidad de desarrollo y ejercicio de derechos. El 18% del total de gestaciones corresponde a madres entre 15 y 19 años, y el 70% son embarazos no deseados. ²⁸

²⁸ INFORME DEL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

BABATUN DE OSOMEHIN, director ejecutivo de UNFPA con motivo del Día Mundial de la Población, afirmo que: *“El embarazo en adolescentes no sólo es cuestión de números para la salud pública, sino también una cuestión de desarrollo por el impacto que tiene la maternidad precoz en el futuro de miles de jóvenes, que no pueden ejercer sus derechos y ciudadanía en condiciones de equidad y libertad... en Bolivia tres de cada 10 adolescentes del grupo más pobre son madres o están embarazadas, frente a una de 10 del sector más rico”*.

La pobreza, la desigualdad de género, violencia en cualquiera de sus formas (pero con énfasis en la sexual), la falta de acceso a la educación y la debilidad de los sistemas e instituciones que protegen los derechos de los adolescentes son las cinco principales causas en el país para los embarazos a temprana edad, además se debe considerar que:

“Una adolescente cuando se embaraza tiene cinco veces más probabilidad de morir en el transcurso del embarazo, del parto y del puerperio. Hay adolescentes en nuestro país que sufren desnutrición, más un embarazo es un riesgo alto”.²⁹

Los efectos que genera el embarazo adolescente conllevan varias repercusiones no solo para la joven madre, si no para la sociedad y el Estado.

- Estudios de la **Organización Mundial de la Salud** han establecido que la dinámica que se genera producto del embarazo adolescente reproduce la pobreza extrema por la falta de oportunidades, se expresa en el abandono de la escuela y la de profesionalización que generan una economía diferente e inequitativas entre hombres y mujeres jóvenes.

²⁹ **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**, “CONSECUENCIA DE EMBARAZOS A TEMPRANA EDAD”; 2012

- El mismo estudio rescata que la adolescente embarazada se somete a un círculo de violencia y llega a observar la agresión como algo natural, *“Un niño que crece en hogares inestables por la inmadurez de los padres, la pobreza y la violencia difícilmente puede traspasar estos umbrales y reproducirá las mismas condiciones de sobrevivencia, pues normalmente las adolescentes embarazadas reciben el rechazo familiar, el cuestionamiento en los espacios hospitalarios por su edad y por su condición”*.

Se debe tomar en cuenta que pese al número elevado de embarazos adolescentes, donde nuestra legislación brinda la oportunidad de emancipación, por estado de gravidez, en los centros de salud y durante la revisión médica, aun se pide la asistencia de los padres o tutores de la adolescente para realizar determinados estudios y tomar decisiones en cuanto a tratamiento cuando se requiere, ya sea para la madre adolescente o sobre el neonato, vulnerando un derecho fundamental de la mujer, el de recibir información acerca de su salud, y de la salud de su bebe.

4.1.2. BOLIVIA TIENE EL NIVEL MÁS ALTO DE MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.

Según el **Ministerio de Salud**, en base a reporte de la gestión 2013, Bolivia mantiene uno de los niveles más altos de mortalidad materna e infantil en la región, las causas principales son hemorragias en postpartos y las infecciones.

- La mortalidad materna disminuyó en los últimos tres años. Hasta la gestión 2006 había un registro de 290 mujeres fallecidas de cada 100 mil durante el parto, embarazo o el postparto, cifra que disminuyó a 185 por cada 100 mil madres.

- Antes del inicio de **Programa del Bono Juana Azurduy de Padilla**, en la gestión 2006, las cifras eran aún más alarmantes, pero a partir de la vigencia de este beneficio los resultados en este rubro fueron más favorables, debido a la implementación de mejores servicios de salud para atender a las madres de familia, antes de la gestión 2006, el 50% de las mujeres en estado de gestación daban a luz en sus hogares o domicilios, siendo este factor una de las principales causas de muerte, porque no existen los implementos médicos para auxiliar cuando existe algún riesgo.

- De acuerdo al informe de Salud en la gestión 2012, se logró que un 25% de la población asista a los centros de salud o centros hospitalarios, para que puedan ser atendidas por especialistas ginecólogos y se eviten más decesos, de 10 madres que dan a luz, ocho ya acuden a los centros.

- Pese a la vigilancia del **Servicio Universal de Salud (SUMI)**, los índices de mortalidad se mantienen elevados, principalmente en el área rural, donde el riesgo llega al 64 por cada 100 casos de muerte que se producen en el país.

- La **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** informó que el índice de mortalidad materna en Bolivia llega al 64 % en el área rural, pues este sector de la sociedad aún es vulnerable, ya que tiene cuatro veces más probabilidades de fallecer por complicaciones del embarazo, parto o postparto.

- En las ciudades, el 42% de las mujeres son atendidas de parto en sus casas y el 58% en centros de salud, mientras que en las áreas rurales el 78% de los partos se atienden en los hogares.

Los esfuerzos de las autoridades, durante los últimos años, para tratar de reducir la mortalidad materna y neonatal, pese a los logros favorables, no han alcanzado los resultados esperados, razón por la que el país mantiene unos de los peores resultados en este campo en el continente.

- **La Encuesta de Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)** indica que la mortalidad materna es de 230 mujeres, por cada 100 mil nacidos vivos, cuyas causas son: hemorragia 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, y parto prolongado 2%. Respecto a la mortalidad infantil, Bolivia registra 36 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, entre las principales causas de muerte están las infecciones en 32%, prematuridad 30% y asfixia en 22% y otros; En 2012 el 92% de mujeres entre 15 y 19 años conocía algún método anticonceptivo, pero sólo 30.7% de las adolescentes unidas en pareja usaba algún método.
- Los estudios señalan que Bolivia es uno de los países con más altas tasas de aborto del continente: cada año interrumpen su embarazo entre 40.000 y 80.000 mujeres, con un promedio de 115 casos diarios. Además, tres de cada cinco bolivianas se someten a un aborto alguna vez en su vida.
- Cuando se refiere a los **Servicios de atención prenatal y del parto**, Bolivia tiene el porcentaje más bajo de toda la región en materia de atención prenatal (52%) y el tercero más bajo en partos atendidos por personal calificado (46%), después de Haití (20%) y Guatemala (35%). Mientras que aproximadamente 73% de las mujeres del área urbana y 25% del área rural acuden al servicio de salud en el momento del parto, 25% de las mujeres del área urbana y 72% del área rural prefieren quedarse en casa y ser atendidas por parteras tradicionales (9.6%) o por familiares o amigas/os (57.1%).

En términos generales el prestigio de los servicios de salud públicos está deteriorado, pese a que existe interés por demandar atención sanitaria de calidad, la respuesta institucional sigue siendo deficiente, insuficiente y/o inoportuna, por ejemplo: los tiempos de espera, maltrato, rechazo, falta de información, muchas horas de separación de los familiares antes y después del parto hospitalario, sábanas y frazadas sucias, baños deteriorados y malolientes, y falta de apoyo emocional son factores presentes en las instituciones que inciden en la decisión de los usuarios de no acudir al sistema de salud pública.

El Tribunal Constitucional Plurinacional, analiza actualmente la despenalización del aborto a partir de una acción de inconstitucionalidad interpuesta en contra de 12 artículos del Código Penal, tres de los cuales (263, 266 y 269) se refieren al aborto y establecen las penas a quienes lo efectúan.

4.1.3. BOLIVIA TIENE UNO DE LOS ÍNDICES MAS ALTOS EN CUANTO A CANCER DE CUELLO UTERINO.

El cáncer de cuello uterino (CACU) también conocido como cáncer cervicouterino ó cáncer cervical, es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas en los tejidos del cuello uterino, se identifica una estrecha relación entre ciertos virus del papiloma humano (VPH, o HPV en inglés) y el cáncer de cuello uterino; actualmente se sabe que el VPH es la causa de prácticamente todos los casos de cáncer de cuello uterino.

La infección por el VPH, se transmite mediante el contacto sexual, pero existen factores adicionales que aumentan el riesgo de progresión a cáncer, tales como una edad temprana del inicio de la actividad sexual, una gran cantidad de embarazos, parejas sexuales múltiples, uso a largo plazo de

anticonceptivos hormonales e infección por el VIH y obviamente, la falta de detección y tratamiento para lesiones precancerosas también aumenta el riesgo de que la infección progrese a cáncer.

Según el **Ministerio de Salud**, el actual programa nacional, basado en su diagnóstico temprano para disminuir la aparición de casos nuevos de carcinoma invasor, tiene un impacto casi nulo en la conducta de esta mortífera enfermedad, pues los datos que brinda son alarmantes:

- El cáncer cervicouterino es un grave problema de salud pública en Bolivia, que junto con Haití y Nicaragua tiene las mayores tasas de incidencia y mortalidad en Latinoamérica, 58 y 22 mujeres por cien mil, respectivamente.
- La Paz tiene una tasa de 154 casos de fallecimiento por cada cien mil mujeres de 35 a 64 años, tasa muy superior a la de 66 por cada cien mil en Sao Paulo, Brasil, y 20.7 por cada cien mil en Connecticut, Estados Unidos.
- El tamizaje de los casos se hace mediante la prueba de Papanicolau (PAP) que, para ser útil, debe realizarse en por lo menos 80 % de las mujeres sexualmente activas.
- El **Ministerio de Salud** ha logrado realizar 312.374 PAP en un año, lo que significa que su cobertura no alcanza ni al 10 % de las mujeres en la edad objetivo, son estadísticas gruesas y cuestionables, que no permiten discriminar la incidencia por grupos de edad, ni los sectores de población cubiertos, tampoco permiten saber cuántos de estos 300 mil PAP han sido leídos y cuáles son sus resultados.
- Si finalmente sirvieron para algo y cuántas mujeres se beneficiaron con sus resultados a través del tratamiento adecuado. Si por lo menos llegásemos

una vez en su vida, al 80% de todas las mujeres de los grupos de edad indicados, el impacto sería considerable.

- La organización de los laboratorios que leen y dan los resultados de los PAP es también confusa, en una época en que se tiende a centralizarlos, de manera que trabajen a escala, continúa la dispersión y multiplicación de laboratorios pequeños.
- La **Organización Mundial de la Salud** aconseja que los laboratorios, para trabajar con parámetros de calidad y control, debieran leer por lo menos 30.000 placas cada año. Con menos de esa cantidad es difícil responder a las exigencias técnicas de un programa intenso como el destinado a controlar este cáncer.

La cuestión se complica por las posiciones de algunos especialistas, que tienden a no aceptar las normas que emite el Ministerio de Salud. Una de ellas es la edad de inicio de los exámenes dentro del programa, que el Ministerio fija a los 25 años.

En general se tiende a bajarla, sin criterios costo beneficio ni consideración de la historia natural de la enfermedad, cuya incidencia en los primeros años es elevada, pero no así la mortalidad; es un cáncer que tiene un largo proceso de evolución y la mayor parte de las lesiones iniciales tienden a revertirse de manera espontánea.

Lo más importante no es repetir los exámenes en las mismas mujeres, generalmente de clase media, que viven en las ciudades y tienen acceso a los servicios de salud, que ellas mismas buscan, sino llegar a las mujeres más pobres, en las que cunde la enfermedad y no tienen acceso a los servicios o tienen temor de ellos.

Existen sistemas que no funcionan, como el sistema de referencia a los servicios de mayor nivel y el de contra referencia, que prácticamente no existe, los pacientes se pierden en el camino de ida o en el de vuelta, y los resultados de sus acciones no llegan a cumplirse.

Frente a esto, es preciso trabajar de manera integral en varios campos de la salud pública: la promoción de la salud, la prevención de los factores de riesgo, la detección temprana de la enfermedad y su tratamiento oportuno.

4.1.4. SITUACIÓN DEL VIH – SIDA EN BOLIVIA.

El primer enfermo de sida que hubo en el mundo, según un **Estudio presentado el 2011 en el V Congreso Nacional de SIDA llevado a cabo en Chicago** (Estados Unidos) fue registrado en 1959. Se trataba de un hombre bantú que vivía en Leopoldville, la actual ciudad de Kinshasa, de la República Democrática del Congo. En Bolivia el primer caso reportado de VIH en Bolivia data de 1984, en la ciudad de Santa Cruz.

Según el **Informe de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, para la gestión 2013**, proporciona la siguiente información relevante:

- En Bolivia de los casos detectadas hasta junio de 2013 existen 10.066 personas con VIH/Sida, de las que el 97% contrajo la enfermedad por transmisión sexual, el 2% de madre a hijo y el 1% por vía sanguínea. Los datos muestran que el mayor porcentaje de afectados es heterosexual y está comprendido entre 25 y 35 años, según un informe oficial.

- Los casos hasta marzo de 2013 llegaron a 9.710, pero la cifra se incrementó en 356 en tres meses y alcanzó a 10.066 hasta junio. La mayor incidencia, añadió, está entre los heterosexuales y en menor medida entre los bisexuales.
- Hasta marzo, el 71% (6.902) de enfermos eran heterosexuales, el 10% (1.002) homosexuales; el 5% (530) bisexuales, y sobre el resto no hay datos; situación que no cambió mucho en tres meses.
- Según las estadísticas, la mayor incidencia está en personas de entre 25 a 34 años (35%), mientras que en menor medida están afectadas personas de entre 14 a 25 años (27%) y de entre 35 y 44 años (20%).

EDGAR RICALDI, responsable de Monitoreo y Evaluación del

Programa Nacional ITS/VIH/SIDA, afirma que: *“Desde 1999 se ha detectado de que esa población (de 14 a 25 años) tiende a crecer porque los adolescentes son los que inician su vida sexual sin la previa información y prevención. Aquellos que están ingresando a la universidad también son muy proclives a contraer la enfermedad”*.

- El 97% de esa población, contrajo la enfermedad por transmisión sexual, el 2% vía ‘vertical’, es decir, de madre a niño, en el momento del parto o cesárea, y el restante 1% por trasmisión sanguínea.
- Desde 2012, está en marcha un plan en busca de reducir el número de portadores producto de la “Transmisión Vertical”, a través de un estudio de vigilancia dirigido a mujeres embarazadas que consiste en detectar la enfermedad, necesariamente se practique una cesárea a la mamá para evitar que el niño contraiga la enfermedad.

EDGAR RICALDI: *"Desde ese año, cada mujer gestante está obligada a someterse cinco exámenes básicos entre los que se incluye el de VIH/SIDA, a fin de hacer el seguimiento necesario en el caso de detectado el padecimiento... La transmisión vía sanguínea, comúnmente, se presenta debido a tatuajes realizados sin la debida precaución e higiene, o por compartir jeringas, en el caso de las personas que usan drogas. Lo que no se está dando en bancos de sangre, porque en ellos, se realiza un control efectivo y se hacen pruebas completas antes de que la persona done sangre".*

- Santa Cruz es la ciudad que presenta un aumento alarmante en el número de notificaciones sobre todo en los últimos años lo que a – priori podría indicar un crecimiento en calidad de epidemia, dicho aumento también refleja una mejora notable en el sistema de notificación e implementación de la prueba rápida, este departamento es el que más infectados registra con 5.137, mientras que el segundo lugar lo ocupa Cochabamba con 1.894 y en el tercero está La Paz con 1.629.
- El 2012, se registraron 162 defunciones a causa de la enfermedad; en 2011, 151; y en los primeros tres meses del 2013 el número llegó a 22; otro dato alarmante es el que 3% de las personas con VIH/sida es menor de 15 y el 93% de las infecciones son resultado de sostener relaciones sexuales sin la protección adecuada y gran parte de estos menores desconocen que son portadores del virus.
- De acuerdo con los datos del **Programa Nacional de VIH/Sida**, 6 de cada 10 personas que viven con el virus tienen entre 15 y 34 años.

EDGAR RICALDI: *"Es una epidemia que tiene cara joven, porque el mayor número de casos a nivel mundial, comprende las edades entre*

los 15, 25 y 34 años, sin embargo, a medida que adquieran madurez para comprender la complejidad de la afección. Los medicamentos retrovirales se los debe aplicar como cualquier otro fármaco y se los debe explicar con juegos didácticos y dibujos sobre las complicaciones de su enfermedad, también hay que decirles de una forma muy sutil que tienen el virus y que deben aprender a vivir con él”.

4.1.5. VIOLENCIA EJERCIDA POR LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE LA CIUDAD DE LA PAZ.

En Bolivia no existe legislación apropiada para la protección de las usuarias contra los actos de coerción o negligencia en los servicios de salud, en especial cuando se habla de salud sexual y reproductiva.

Esto a su vez impide el registro verosímil de casos para su control estadístico, a pesar de los permanentes reclamos de las personas afectadas, las cuales duermen en los escritorios de los directores médicos de los distintos centros de salud o no llegan de manera efectiva al Ministerio de salud.

Las asimetrías de poder que se dan en las relaciones entre profesionales de salud y las usuarias encuentra su peor forma de expresión en la coerción de aquéllos a la persona que requiere de sus conocimientos para resolver las dolencias que le aquejan.

La población boliviana, cuando acude a los puestos de salud, en los que se hace énfasis en la calidad de la atención y la integridad de los servicios, enfrenta actitudes discriminatorias de índole social por género, edad o etnia.

El Estudio para evaluar los avances logrados en los temas de salud, realizado en 2010 por el ministerio de Salud señala:

- Que hace falta capacitar el capital humano y mejorar la infraestructura para poder afrontar el aumento de la cobertura del Seguro Básico de Salud sin perder los niveles de calidad en la atención, es importante tratar de eliminar los obstáculos culturales que desalientan la solicitud de servicios.
- No existen mecanismos creados en los sistemas de salud para vigilar la esterilización forzada ni el abuso sexual de las usuarias, pues en caso de ocurrir, la única opción de las víctimas sería acudir a tribunales de justicia amparándose en los artículos 270 y siguientes del Código Penal, referidos a los delitos contra la integridad corporal y la salud o al inciso cuarto del artículo 218 que sanciona con reclusión de tres meses a dos años o multa de 30 a cien días a quien efectúe una intervención quirúrgica o tratamiento médico innecesarios.
- Un signo de la falta de educación sexual y de la necesidad de prestar mayor atención a las necesidades en materia reproductiva de la población adolescente es el elevado índice de maternidad adolescente, esta problemática afecta principalmente a las adolescentes en promedio de edad de 15 a 19 años de edad que están o habrían estado embarazadas alguna vez, una de las causas de la alta tasa de embarazo adolescente es el bajo uso de métodos anticonceptivos entre esta población.
- No se tiene políticas que incentiven la el conocimiento de la sexualidad y la salud sexual entre las usuarias de los servicios médicos y se limita solo a la asistencia en reproducción, sin tomar en cuenta la salud reproductiva con énfasis en las edades adolescentes y jóvenes.

4.2. RESULTADO DE LA ENCUESTAS.

Se realizó una muestra aleatoria compuesta por usuarias de los servicios médicos, con énfasis en salud sexual y reproductiva, en base a un formulario de preguntas cerradas.

N° DE MUJERES USUARIAS ENCUESTADAS: 100

LUGAR: Hospital de la Mujer – Ciudad de La Paz.

DIRIGIDA: Mujeres usuarias de los servicios médicos - público.

TEMÁTICA:

- **Servicios médicos - como desempeñan en cuanto al respeto de los derechos sexuales de las mujeres.**
- **Servicios médicos - como se desempeñan en cuanto al respeto de los derechos reproductivos de la mujer.**

EDADES: 15 – 30 años

ESTADO CIVIL: Entre solteras y casadas

ELABORACIÓN DE GRAFICAS: Fuente propia

B. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LAS CUESTIONES RELATIVAS A SU SEXUALIDAD EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

Grafico 1. El 60% de las mujeres encuestadas no conocen, sus derechos sexuales, mientras que el 5% muestra confusión con los derechos reproductivos.

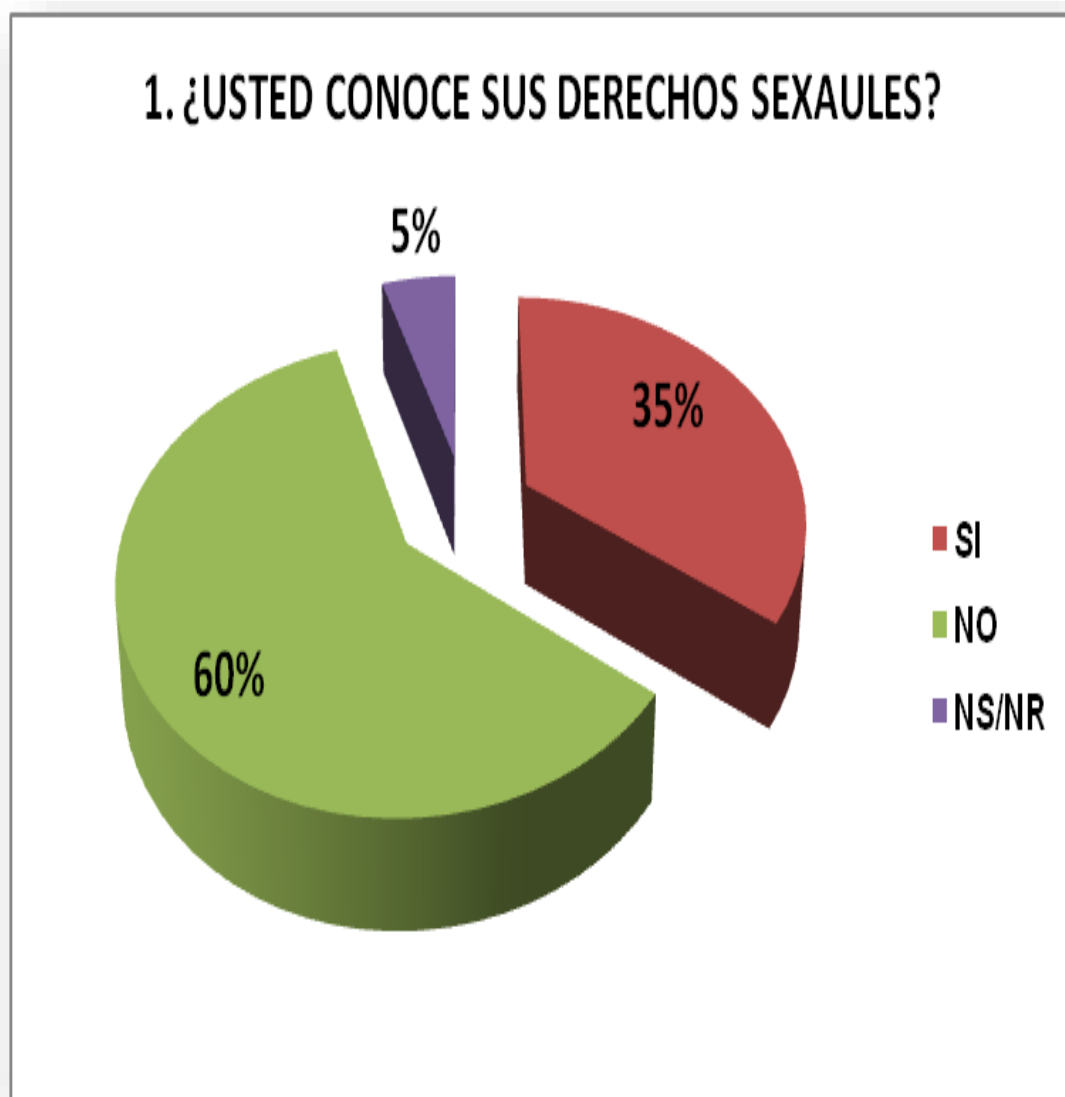
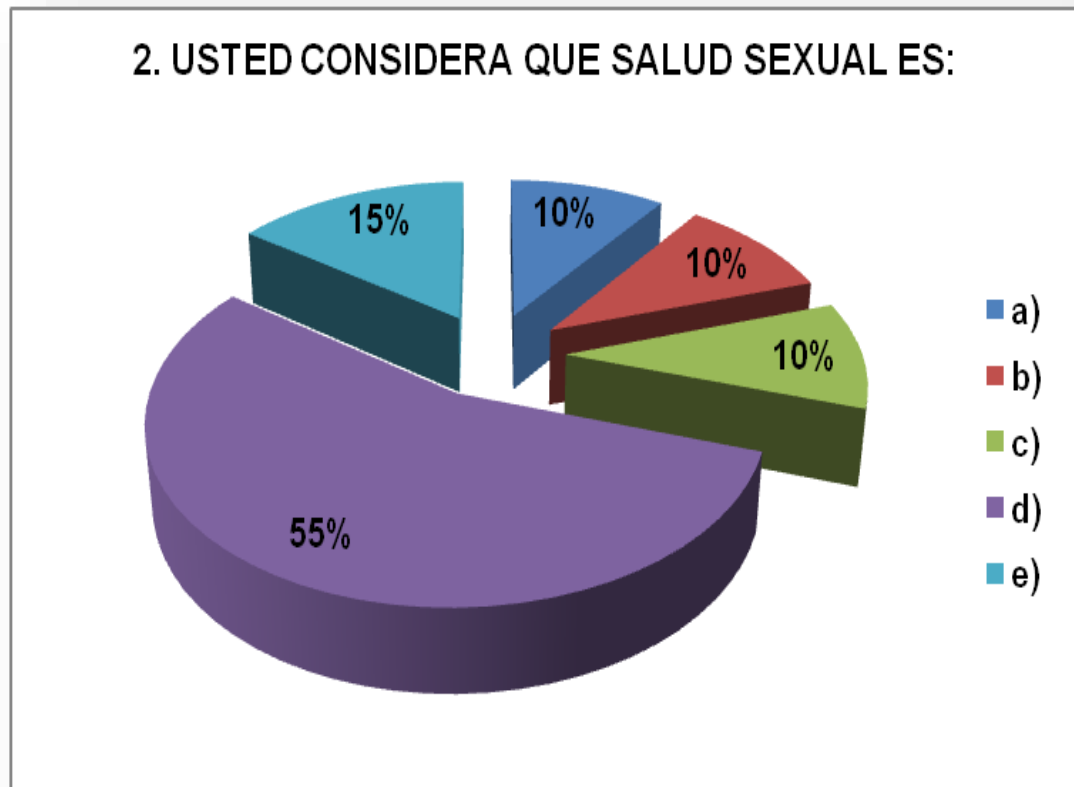


Grafico 2. El 55% de las mujeres considera a la salud sexual solo como una forma de prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.



- a)** a) Acceso a información y educación sexual
- b)** b) Concientizar a las mujeres sobre el respeto y consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.
- c)** c) A ser orientado en la exploración de la propia sexualidad, libre de miedo, vergüenza, culpa, falsas creencias y otros impedimentos.
- d)** d) Brindar servicios confidenciales en cuanto a prevención y/o tratamiento de enfermedades propias de transmisión sexual.
- e)** e) Todas

Grafico 3. El 85 % de las mujeres encuestadas opinan que hay un trato desigualitario en cuanto a la orientación de salud sexual entre hombres y mujeres pues a ellas las orientan más en el ámbito reproductivo.



Grafico 4. El 70% de las mujeres opinan que la información es insuficiente y además dependiente de un estado de embarazo.

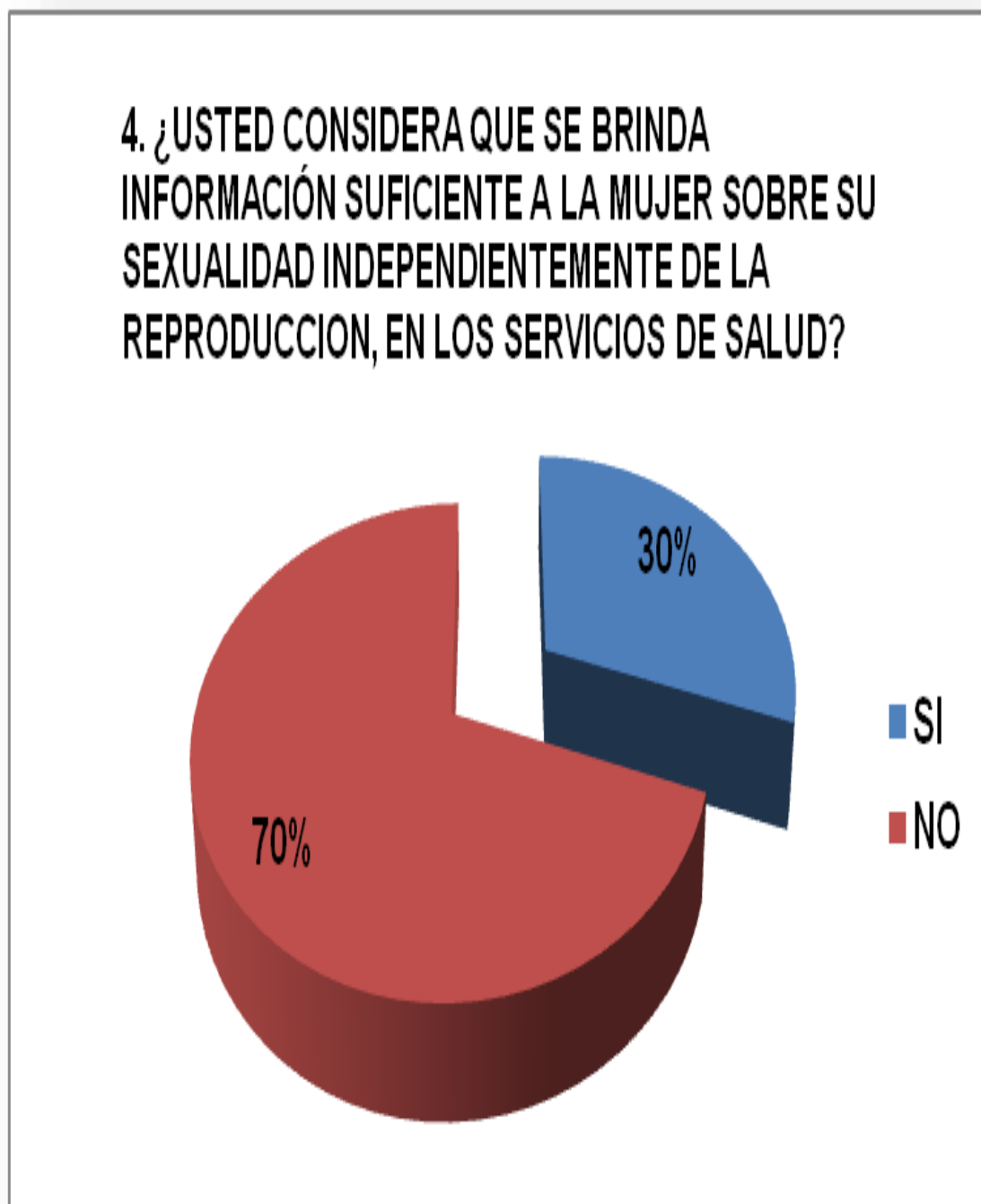
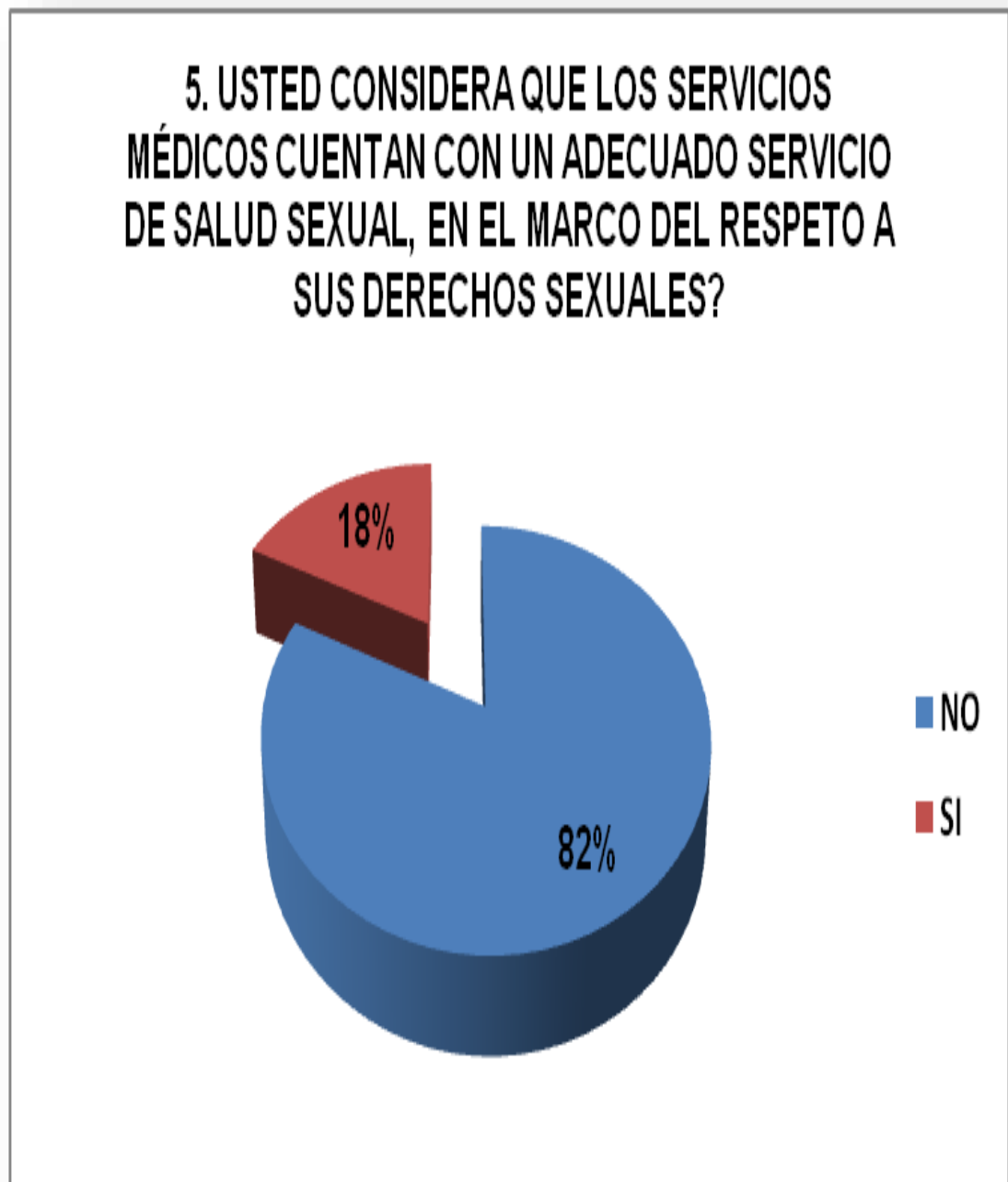


Grafico 5. El 82% de las encuestadas piensan que los servicios médicos no cuentan con un adecuado servicio en cuanto a salud sexual, y que se vulnera sus derechos sexuales al no facilitarles la accesibilidad.



C. PARÁMETROS DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA MUJER EN CENTROS DE SALUD.

Grafico 6. El 55% de mujeres encuestadas conocen sus derechos reproductivos, pero se manifiesta una clara confusión con salud reproductiva.

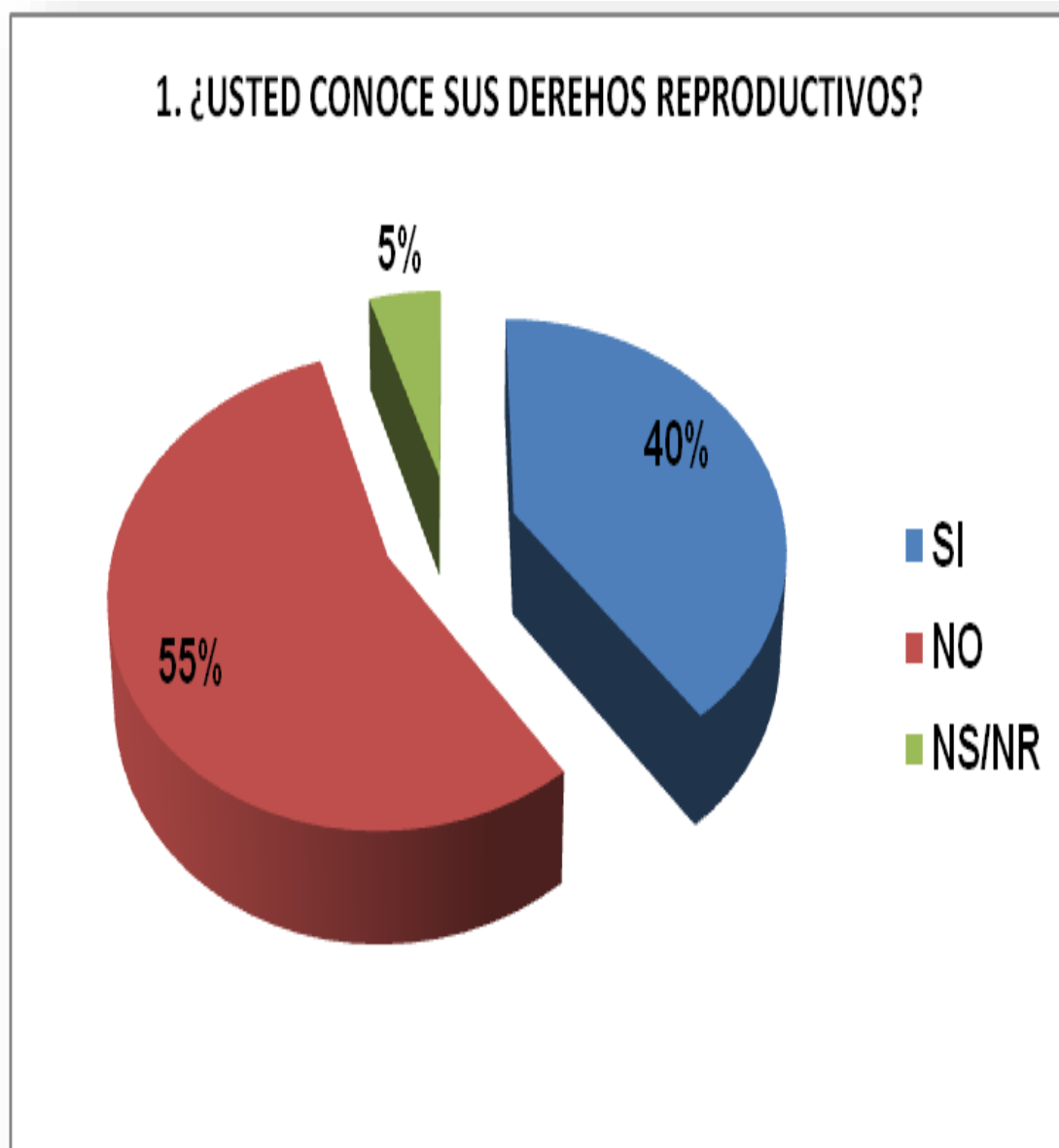


Grafico 7. El 30% de las mujeres consideran que salud reproductiva conlleva a la toma de decisiones sobre el bebe gestante y al momento que se da a luz, poniéndose de lado, la madre como sujeto de protección primaria.



- a)** a) A ser informada de manera accesible sobre la razón de toda medida diagnóstica o terapéutica que se proponga o de cualquier prueba complementaria, en cuanto a temas de reproducción,
- b)** b) A conocer el médico tratante y al personal responsable de su atención.
- c)** c) A participar de las decisiones que tienen que ver con su bienestar o el de su hijo o de su hija, es decir, que tiene derecho a opinar y que se respete esa opinión.
- d)** d) A recibir cursos de preparación para el parto.
- e)** e) A estar acompañada, antes, durante y después del parto, por una persona de su confianza por su seguridad y ante cualquier eventualidad.
- f)** f) Todas

Grafico 8. El 55% de las mujeres encuestadas consideran que el servicio médico en salud reproductiva es inadecuado e ineficiente.

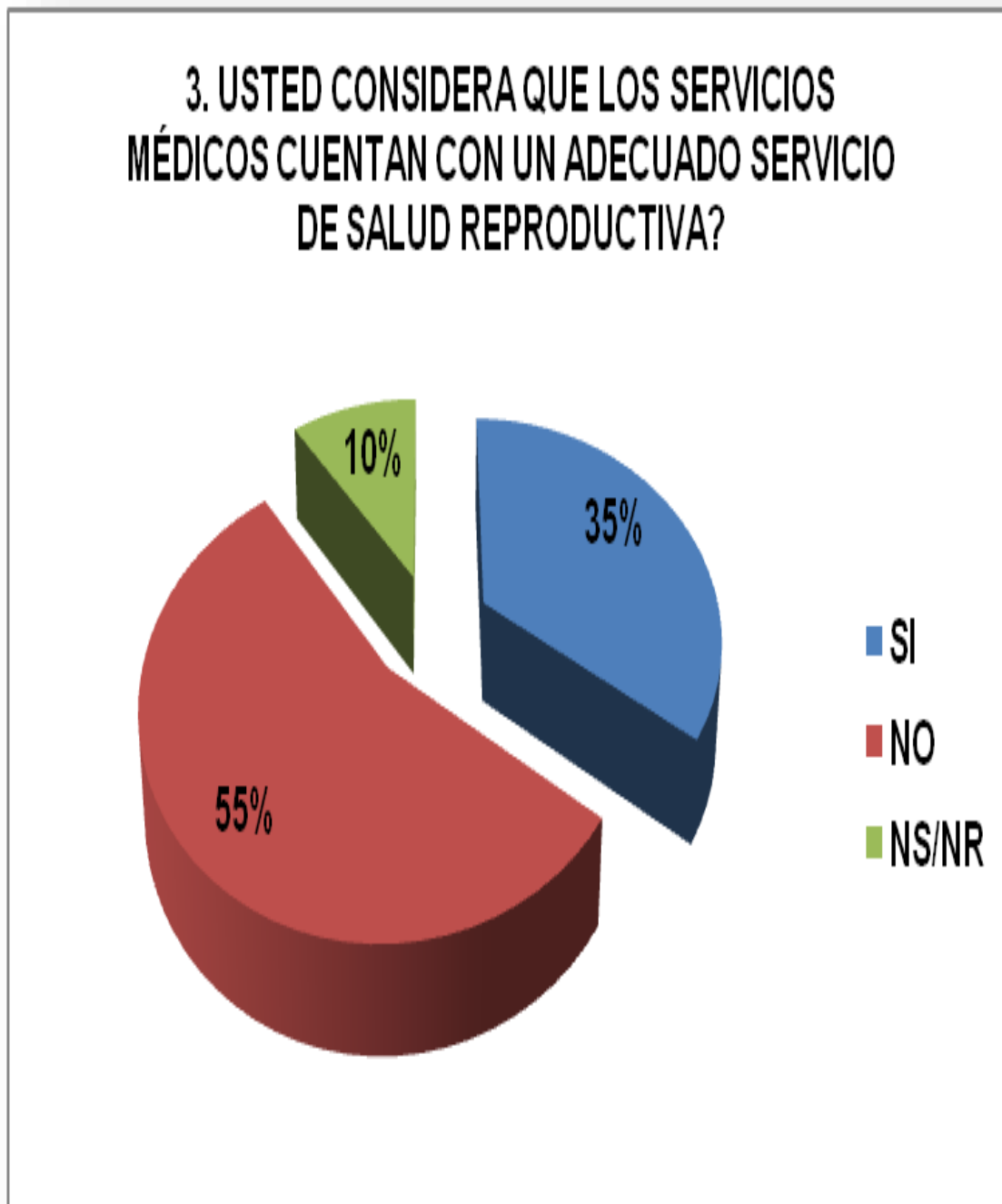


Grafico 9. El 65% de las mujeres encuestadas consideran que la información sobre derechos reproductivos, es insuficiente.

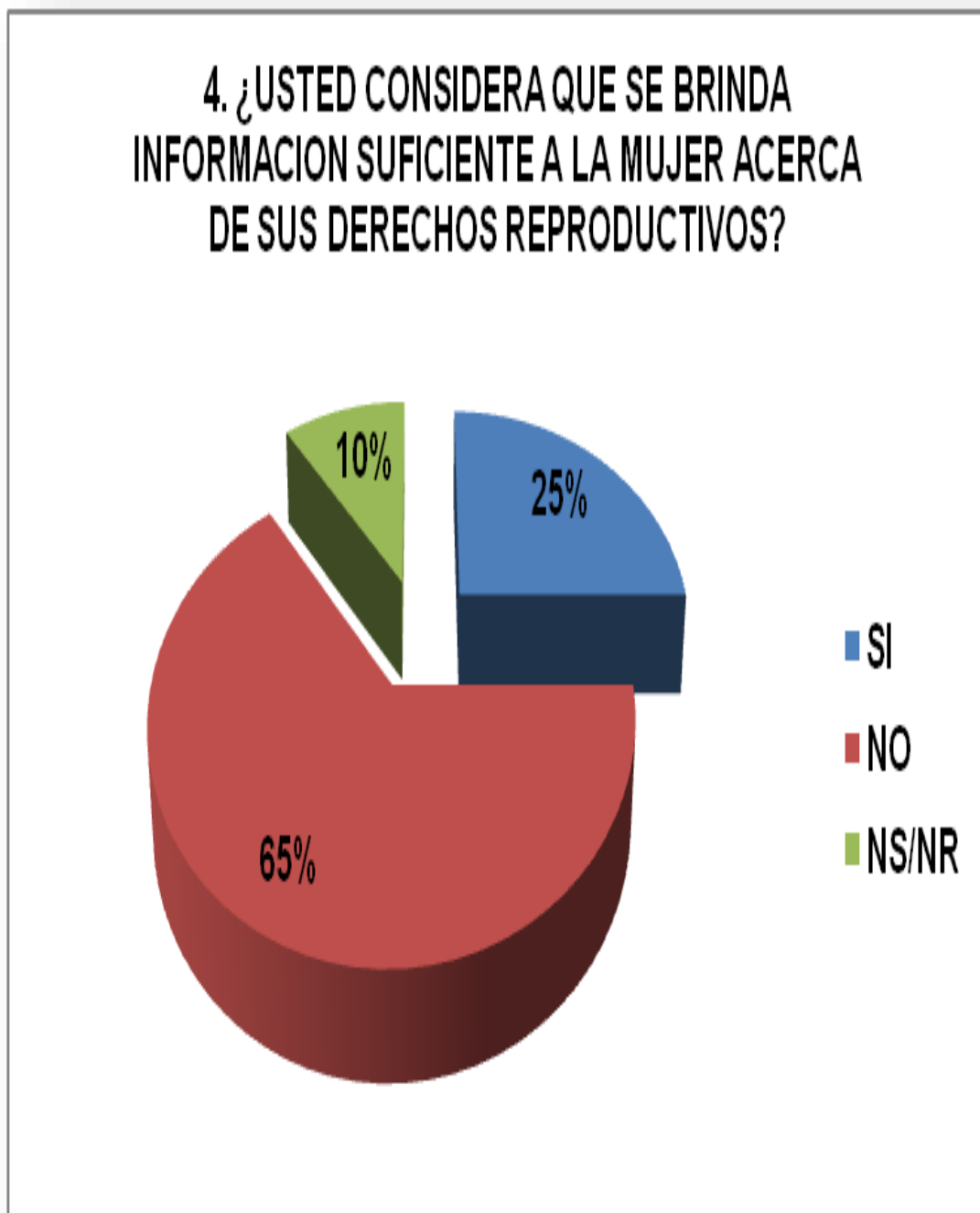
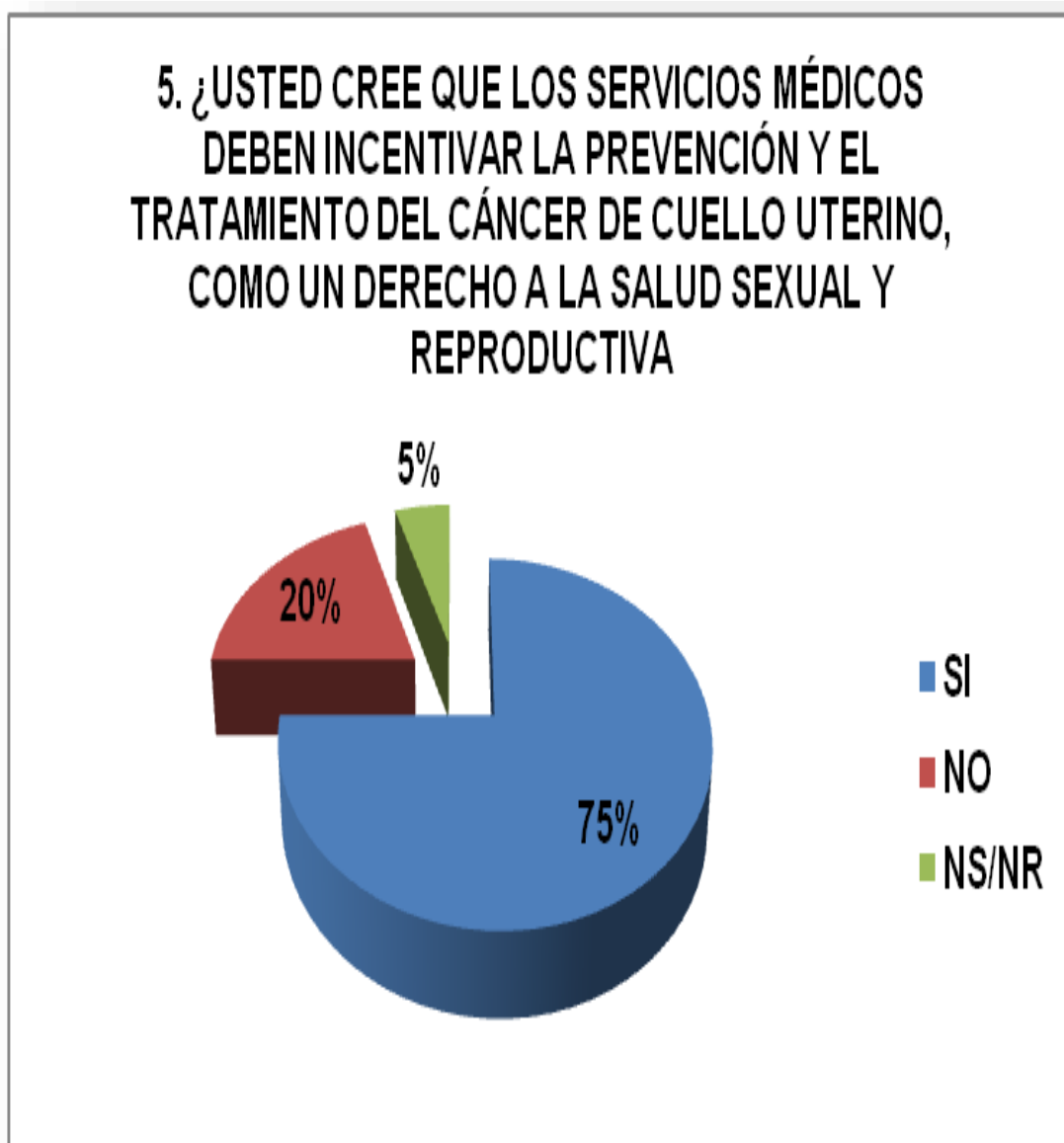


Grafico 10. El 75% de las mujeres coinciden en que los servicios médicos deben como una de sus obligaciones principales el incentivar la prevención y tratamiento del cáncer del cuello uterino



CONCLUSIONES

- Resulta desalentador que tan solo 1.6% de las adolescentes entre 15 y 19 años conozcan y usen métodos modernos de planificación familiar, quedando expuestas a embarazos no deseados y a infecciones transmisibles sexualmente y VIH/SIDA.
- Es alarmante saber que Bolivia registra la tasa más alta de mortalidad materna de América Latina y el Caribe, hay una gran disparidad entre la tasa de mortalidad materna urbana y la rural
- Lejos de reducir el número de abortos realizados, la penalización del aborto contribuye a que Bolivia tenga una de las tasas más altas de mortalidad materna en Latinoamérica, lo que obliga a tomar una decisión en torno a la legalización o no de este accionar pues conlleva a la vulneración de los derechos reproductivos al decidir el número de hijos que se quiere traer al mundo.
- A pesar de que desde hace 26 años el Código Penal consagra algunas excepciones a la punibilidad del aborto, de acuerdo con las cuales se puede obtener autorización judicial para acceder al servicio de aborto, hasta 1999, en Bolivia se había practicado sólo un aborto legal.
- Uno de los problemas que presenta el Seguro Básico de Salud instituido es que no ha incorporado de manera eficiente entre sus prestaciones la prueba del PAP (prueba de detección del cáncer cérvico-uterino), a pesar de que existe un Decreto enfocado a que las trabajadoras deben de manera obligatoria tomarse un día para realizar esta prueba simple que es relativamente simple, barata y de fácil obtención, esto es determinante para garantizar la salud de la mujer, en especial si se tiene en cuenta que el cáncer cérvico-uterino es la causa de 25% de las muertes de mujeres.
- Las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva se siguen elaborando desde una perspectiva que privilegia la salud materna en detrimento de otros de sus componentes, el gobierno debe promover de

manera más enfática la prevención y la detección temprana de este cáncer, como política de salud pública y en el marco de salud sexual y reproductiva.

- A pesar de que Bolivia es un país con una baja y media incidencia de VIH/SIDA, es preocupante la indiferencia del gobierno al respecto y el retardo en la introducción de estrategias de prevención.
- Por otra parte el fenómeno de la feminización del contagio del virus es cada vez más evidente. Mientras que en el periodo 1988 - 1990 había una mujer contagiada por cada cinco hombres, en 2010 - 2013 la relación fue de una mujer contagiada por cada dos hombres. Y la edad de la mujer es cada vez más temprana teniendo registro de ser portadoras del virus desde los 15 años de edad.

RECOMENDACIONES

- Si bien es importante resaltar la ampliación de la oferta de métodos anticonceptivos mediante la reglamentación de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, es indispensable que el gobierno realice un atento seguimiento de la aplicación de esta norma para evitar que se violen los derechos de las usuarias y se garantice su consentimiento libre e informado, además se debe incentivar de manera urgente el acceso eficiente a servicios e información en materia de métodos de planificación familiar.
- El desarrollo y la implementación de procedimientos claros y adecuados para la cobertura del servicio de legrado terapéutico (aborto no punible) en los casos permitidos por la ley son fundamentales. La falta de prestación de este servicio a las mujeres, incluyendo adolescentes víctimas de violación sexual, constituye una violación a sus derechos reproductivos.
- Promover la educación integral para la sexualidad, en estrecha colaboración con los servicios de salud en el uso adecuado de métodos anticonceptivos, la atención diferenciada y especializada para adolescentes en centros de salud pública.
- Se deben elaborar y desarrollar políticas para crear y coordinar instancias y espacios en los que los adolescentes puedan acudir con confianza para recabar la información necesaria en cuanto su salud sexual y reproductiva, para evitar embarazos y contagio de enfermedades de transmisión sexual, es urgente generar políticas públicas orientadas a evitar embarazos no deseados.
- La educación sexual debe comenzar lo más tempranamente posible y extenderse a lo largo del ciclo de vida de las personas, evitando la confusión con el incentivo del inicio de la vida sexual precoz, lo cual origina un inadecuado conocimiento del tema, por parte de autoridades, padres de familia y sociedad en general, lo que deriva en la mala difusión y

comprensión de los derechos sexuales y reproductivos, en especial cuando se habla de la mujer.

- Se debe promover como iniciativa estatal, y parte de la premisa de salud publica la aplicación masiva de la vacuna contra el Papilomavirus (HPV) que permitiría reducir radicalmente la incidencia en los grupos más jóvenes, el precio inalcanzable de hace pocos años ya no es un problema, puesto que se ha logrado rebajar su precio hasta 4,5 dólares por dosis de vacuna.

BIBLIOGRAFÍA.

- **ALTO COMISIONADO DE DERECHOS HUMANOS DE NACIONES UNIDAS:** textos completos de los tratados internacionales sobre derechos humanos; las observaciones finales a los gobiernos; los informes de los gobiernos a los comités y las fechas en que se reunirán las comisiones.
<http://www.iachr.org/basic.esp.htm>
- **AMNISTÍA INTERNACIONAL.** Hacer los derechos realidad: Talleres de sensibilización sobre cuestiones de género. Campaña No más Violencia contra las Mujeres. ACT 77/035/2004.
- **ASOCIACIÓN SUECA PARA LA EDUCACIÓN SEXUAL,** Abriendo Espacios. Guía política de salud y derechos sexuales y reproductivos (Asociación Sueca para la Educación Sexual: Estocolmo, 2005). Disponible en: http://www.reproductiverights.org/pdf/bo_abriendo_espacios.pdf
- **BARRETO, ELIANE Y VARGAS,** Juan Carlos. PROFAMILIA. Ponencia titulada Salud Sexual y Reproductiva, presentada en las jornadas de Formación de Funcionarias y Funcionarios de la Defensoría del Pueblo de 2006.
- **CALDERÓN, MARÍA CRISTINA.** Los Derechos y la salud sexual y reproductiva. Oficina Asesora Derechos Sexuales y Reproductivos PROFAMILIA. Ponencia. presentada en las jornadas de Formación de Funcionarias y Funcionarios de la Defensoría del Pueblo. Bogotá Marzo-Abril de 2006.
- **CASTILLO VARGAS, ELIZABETH.** Objeción de conciencia médica. Espacio libre No. 10. Profamilia. Oficina asesora en Derechos Sexuales y Reproductivos y género. Bogotá D.C. 2005.
- **CENTRO DE LA MUJER PERUANA FLORA TRISTÁN**
<http://www.flora.org.pe/aoe/derechos2.htm>

- **CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS**, Haciendo de los Derechos una Realidad: Guía de incidencia sobre el trabajo de los Organismos de Vigilancia de Naciones Unidas sobre derechos sexuales y reproductivos (Centro de Derechos Reproductivos: Nueva York, 2003). Disponible en español en: http://www.reproductiverights.org/esp_pub_bt_tmb.html
- **CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS**: Cuerpo y Derecho: legislación y jurisprudencia en América Latina. Cabal, Luisa; Roa, Mónica; Lemaitre, Julieta (Eds). Bogotá D.C. Editorial Legis, 2011
- **COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (CDESC)**, *Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Argentina*, 8 de diciembre de 1999, N.U. Doc. E/C.12/1/Add.38, p. 24.
- **COOK REBECCA, DICKENS BERNARD Y FATHALA MAHMOUD**. Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integración de la medicina, la ética y el Derecho. Oxford University. Traducción al español Profamilia. Bogotá D.C.: 2009.
- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**
- **ESCOBAR VARGAS MILÚ**, "Derechos Humanos: Derechos Sexuales y Reproductivos"; Jurista y feminista nicaragüense, miembro y representante en Europa del Centro de Derechos Constitucionales "Carlos Núñez Téllez" de Managua, Nicaragua.
- **MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD**, *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia. Revisión Bibliográfica*, La Paz, 1996, p. 32, (en adelante Secretaría Nacional de Salud, *Diagnóstico Cualitativo*).

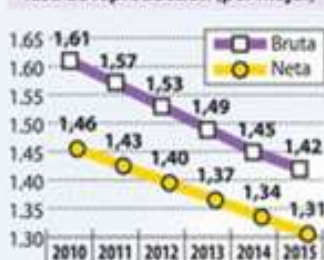
ANEXOS



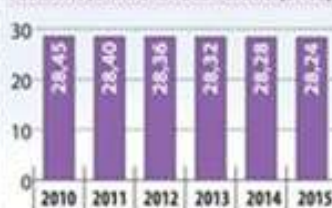
FUENTE: Ministerio de Salud – diseño grafico “La Razón”

Tasas de fertilidad y proyecciones en Bolivia (2010-2015)

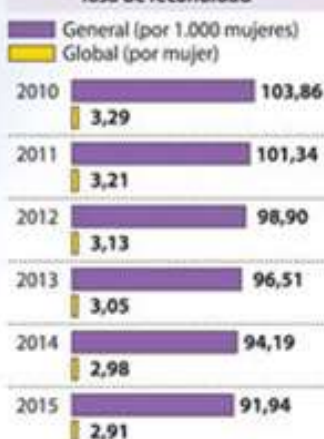
Tasa de reproducción (por mujer)



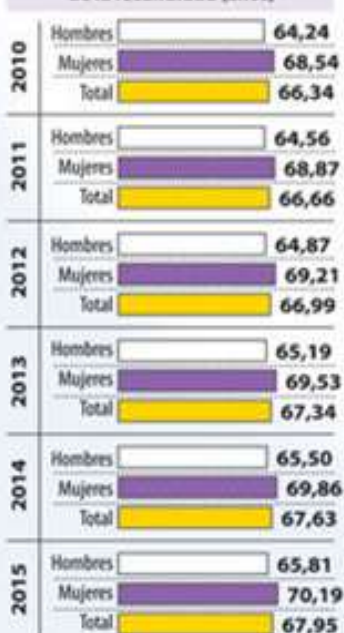
Edad media de la fecundidad (años)



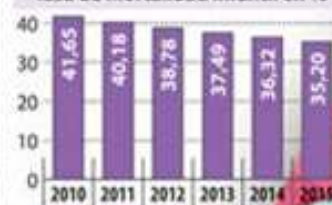
Tasa de fecundidad



Esperanza media de la fecundidad (años)



Tasa de mortalidad infantil en %



Tasa de fertilidad en Bolivia 1960-2011



Distribución de la población de madres según área de residencia, por grupos de edad (en porcentajes)

Grupos de edad	Población de madres		
	Área urbana	Área rural	Total
14 a 18 (adolescentes)	1,48	3,25	2,02%
19 a 25 (jóvenes)	13,14	15,38	13,82%
26 a 44 (adultos)	49,25	46,49	48,42%
45 a 64 (adultos)	29,08	28,05	28,77%
65 o más (adultos mayores)	7,05	6,83	6,98%
Total	100,00	100,00	100,00

Distribución de la población de madres según área de residencia, por estado civil o conyugal (en porcentajes)

Estado civil o conyugal	Población de madres		
	Área urbana	Área rural	Total
Soltera	8,88	7,70	8,5%
Casada	51,15	52,81	51,65%
Conviviente o concubina	24,12	29,61	25,77%
Separada / divorciada	7,91	2,40	6,25%
Viuda	7,94	7,48	7,80%
Total	100,00	100,00	100,00

INFOGRAFÍA: FMG/LARAZÓN FUENTE: INE, ENCUESTA DE HOGARES 2011, BANCO MUNDIAL, PNUD Y UNFPA

Tasa comparativa de mortalidad infantil entre Bolivia, sus municipios y algunos países de África

Sobre madres e hijos

- 600 madres mueren cada año en Bolivia
- 47 niñas y niños mueren cada día en el país
- 2 niñas o niños mueren cada hora en algún lugar del país

Como en África

- Alrededor de 15 municipios tienen tasas de mortalidad infantil parecidas a países del África (entre 125 y 170)
- En más de 51 municipios, la tasa de mortalidad infantil está por encima de 100 x 1.000 nacidos vivos; y en alrededor de 190 municipios la tasa está por encima de 70.

Fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos



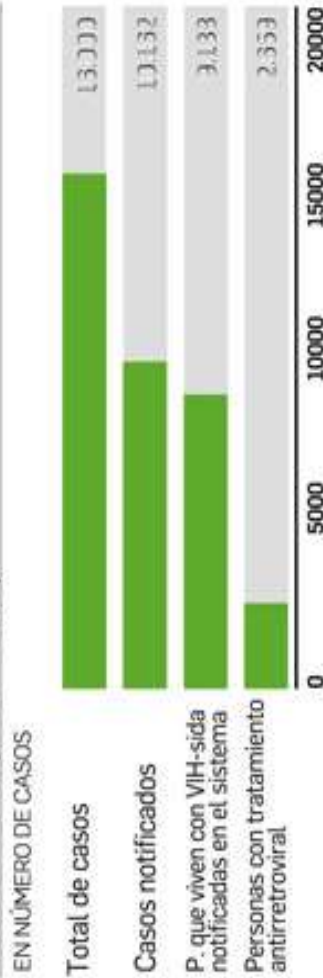
FUENTE: VISIÓN MUNDIAL

FUENTE: Ministerio de Salud – diseño grafico “La Razón”

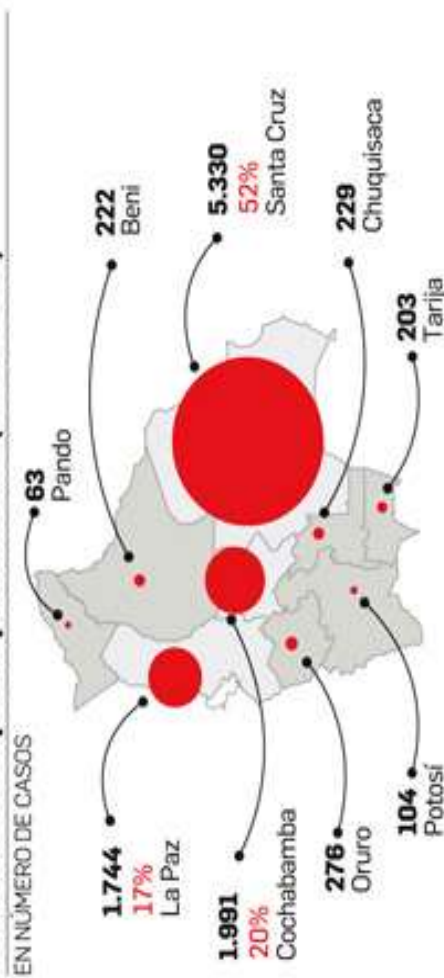
Bolivia frente al sida

En los últimos años, la tasa de crecimiento de los casos de VIH-sida ha llegado al 25%, según el Ministerio de Salud y Deportes. Santa Cruz, Cochabamba y La Paz concentran la mayor cantidad.

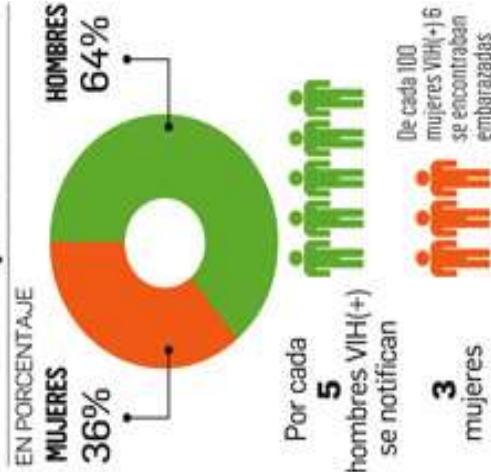
Casos de VIH (1984 - 2013)



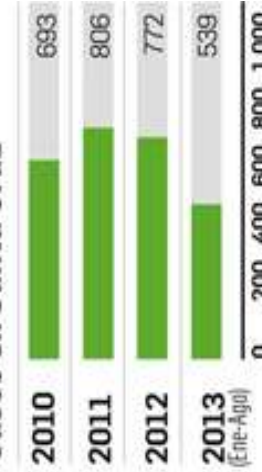
Concentración por departamento (1984 - 2013)



Distribución por sexo

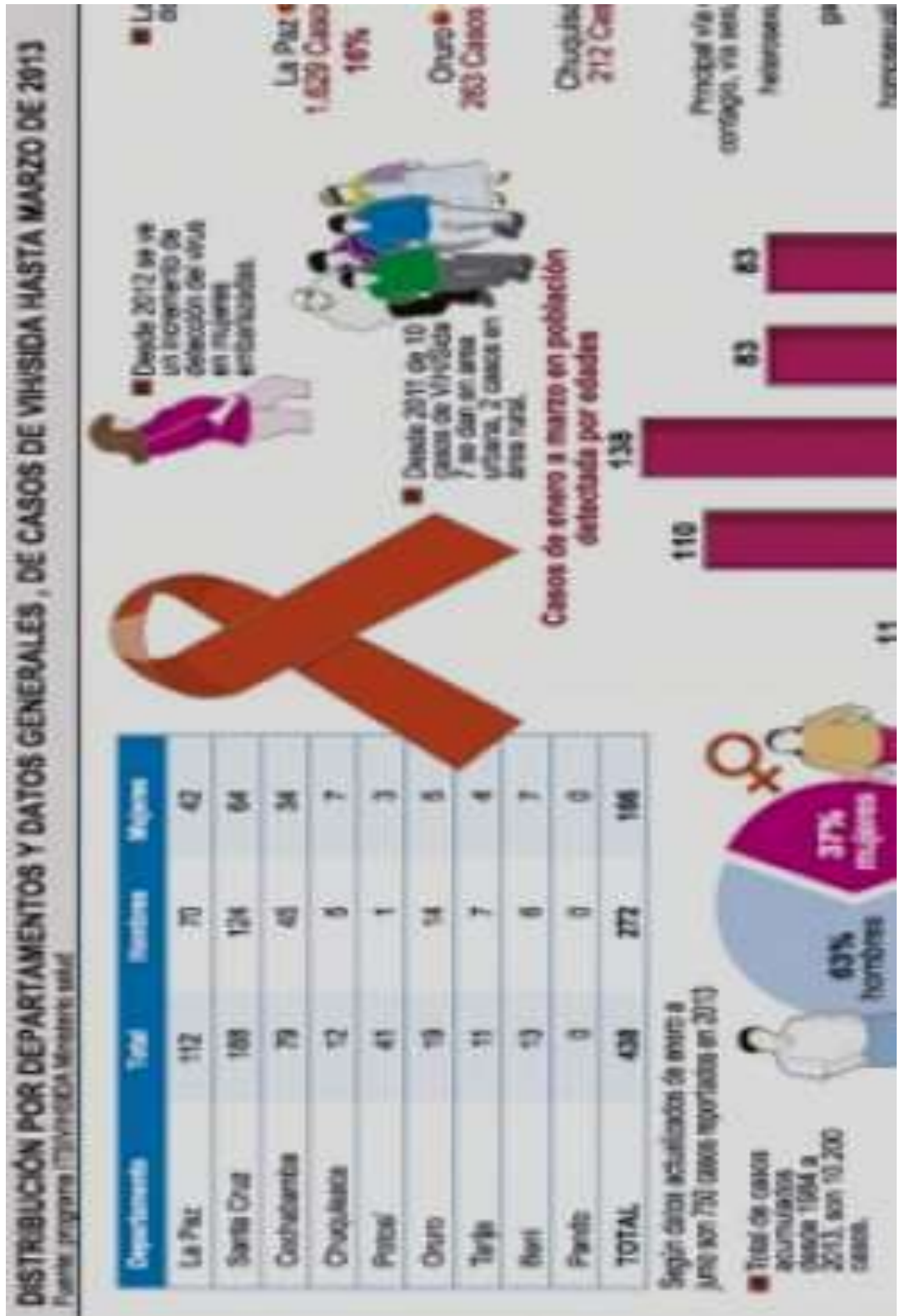


Casos en Santa Cruz

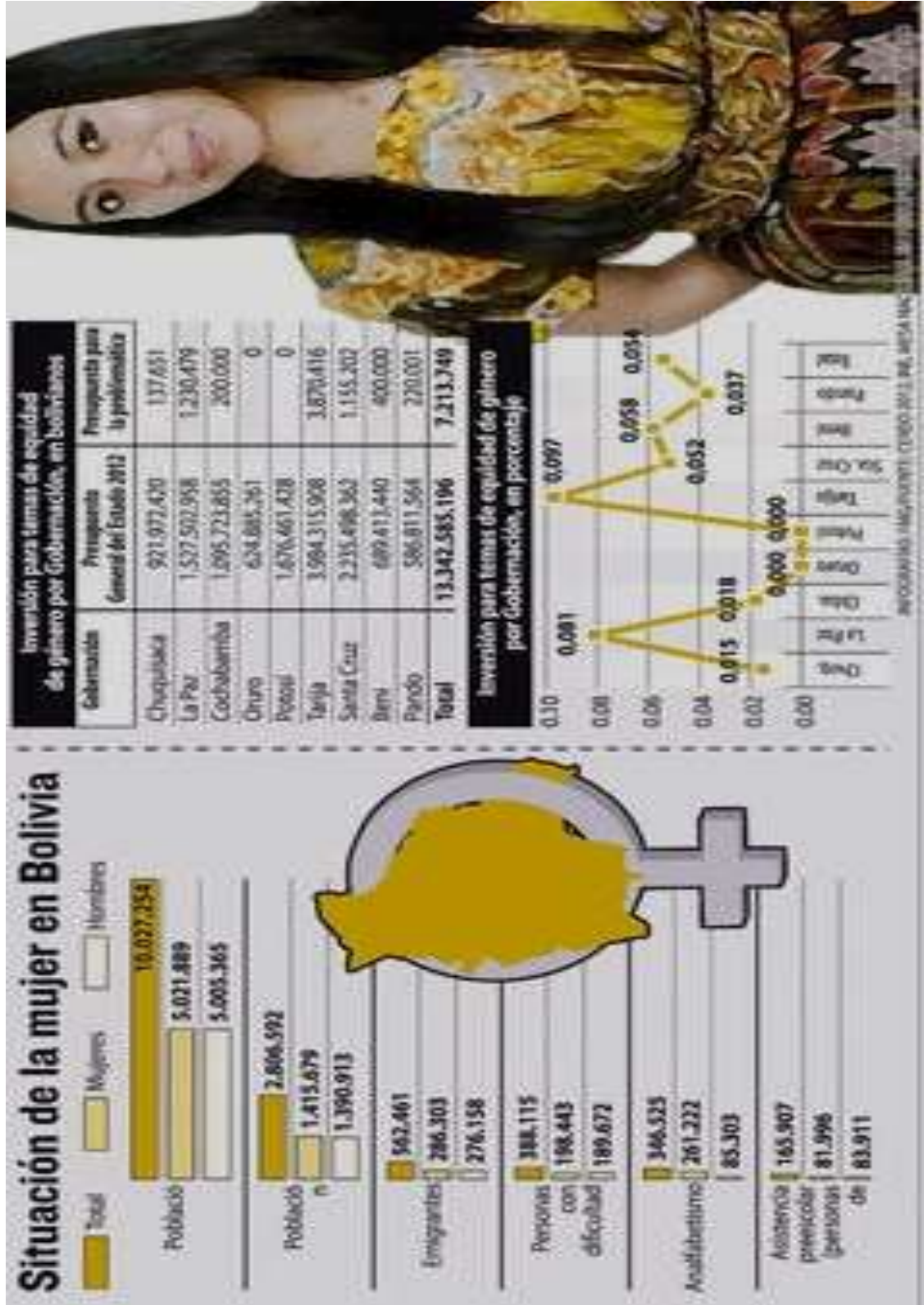


FUENTES: MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES/PROGRAMA ITS/VIH/SIDA DE LA GOBERNACIÓN CRUCEÑA

INFOGRAFÍA: LILY SORLUCCO



FUENTE: Ministerio de Salud – diseño grafico “La Razón”



FUENTE: Ministerio de Salud – Diseño Grafico “Bo

