INVESTIGACIÓN

Entre el discurso, la práctica y el derecho a decidir de las mujeres:

Análisis de discursos y prácticas del personal médico en torno al derecho a la vida y el derecho a decidir de las mujeres en La Paz, Trinidad y Cochabamba

Observatorio®
DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Entre el discurso, la práctica y el derecho a decidir de las mujeres.

Análisis de discursos y prácticas del personal médico en torno al derecho a la vida y el derecho a decidir de las mujeres en La Paz, Trinidad y Cochabamba

Noelia Gómez Téllez

2016

Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Católicas por el Derecho a Decidir Bolivia 20 años

Alianza por la Solidaridad 30 Años

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación

Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

Entre el discurso, la práctica y el derecho a decidir de las mujeres: Análisis de discursos y prácticas del personal médico en torno al derecho a la vida y el derecho a decidir de las mujeres en La Paz, Trinidad y Cochabamba

Es una publicación del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*

Tania Nava Burgoa
DIRECTORA EJECUTIVA
CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR / BOLIVIA
CCD/BOLIVIA

Noelia Gómez Téllez
CONSULTORA INVESTIGADORA

SUPERVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
María Paula Estenssoro Velaochaga
RESPONSABLE DE INCIDENCIA
CDD/BOLIVIA

Depósito Legal: 4-1-5359-16

Impreso en Moreno Artes Gráficas 2484697

La Paz, diciembre de 2016

Esta publicación se ha realizado con la asistencia financiera de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en el marco del proyecto "Contribuir al ejercicio pleno del derecho a la Salud Sexual y a la Salud Reproductiva y a una vida libre de violencia de las mujeres –jóvenes, adolescentes y adultas – en Bolivia", ejecutado por la Fundación Alianza por los Derechos, la Igualdad y la Solidaridad Internacional (Alianza por la Solidaridad). Los puntos de vista que en ella se exponen reflejan exclusivamente la opinión del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y, por tanto, no representan en ningún caso el punto de vista oficial de los financiadores.

*El Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
es un programa de Católicas por el Derecho a Decidir / Bolivia

Índice

Presentación.....5

Resumen Ejecutivo.....7

Introducción.....9

1. Derechos humanos, derechos sexuales, derechos reproductivos y derecho a decidir..... 11

2. Derechos sexuales y derechos reproductivos en Bolivia..... 13

3. Derechos sexuales y derechos reproductivos desde el punto de vista del personal de salud pública 17

3.1 Derechos sexuales y derechos reproductivos.....18

3.2 Métodos Anticonceptivos 18

3.3 Sentencia Constitucional 0206/2014 e Interrupción Legal del Embarazo 21

3.4 Riesgos post aborto 23

3.5 Embarazo adolescente.....25

4. Apuntes finales..... 26

BIBLIOGRAFÍA.....31

ANEXO 1.....33

ANEXO 2.....35

Presentación

Bolivia ha avanzado significativamente en los últimos diez años en materia de legislación en relación a los derechos humanos, también en cuanto a derechos sexuales y derechos reproductivos, pero para que estos derechos sean garantizados, el Estado debe diseñar e implementar políticas públicas que hagan posible un acceso real, efectivo y eficiente a información, conocimientos y condiciones, para el goce igualitario, equitativo y universal de los mismos.

Sin embargo, cuando se hace un monitoreo del cumplimiento y/o ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la realidad revela que las problemáticas emergentes a causa del desconocimiento de los mismos, mantienen a grandes sectores de la población, y en especial a las mujeres – adolescentes, jóvenes y adultas– en situaciones de alta vulnerabilidad ya que van en aumento los índices relativos a la violencia sexual, el aborto en condiciones de riesgo, la morbi - mortalidad materna, el embarazo adolescente, el bajo acceso y uso de anticoncepción moderna, entre otras, y que están estrechamente vinculadas al acceso de los servicios de atención de las salud sexual y la salud reproductiva.

El carácter obligatorio de la normativa jurídica y de las políticas públicas vigentes en relación a estos derechos, se constituyen en el punto nodal para la posible disminución o resolución de los problemas emergentes. Es fundamental conocer y analizar en mayor profundidad sobre las condiciones y características sustanciales que hacen a la prestación de servicios de salud públicos (estatales o privados), ya que en gran medida, la respuesta del personal (médico, auxiliar y de apoyo), juega un rol fundamental cuando se trata de garantizar en la práctica, y de acuerdo a las condiciones y particularidades individuales, los deechos sexuales, los derechos reproductivos, profundizando de esta forma el respeto a las decisiones de las mujeres en un amplio marco de democracia y ciudadanía plena.

En este sentido, el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, programa de exigibilidad de Católicas por el Derecho a Decidir / Bolivia, ha realizado este acercamiento cualitativo en torno a la actuación que prestan los servidores/as de salud, cuando se trata de aplicar las normativas y políticas vigentes y los alcances que tienen con respecto al derecho a la vida y el derecho a decidir de las mujeres.

La presente publicación, recoge los resultados de la investigación realizada por Noelia Gómez[1] Téllez, quien realizó un valioso análisis de los diferentes hallazgos sobre los niveles de aceptación,

1 **NOELIA GÓMEZ TÉLLEZ** es una joven investigadora, licenciada en Economía por la Universidad Católica Boliviana, con Maestría en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Andina Simón Bolívar con sede en Quito, y especialización en Género y Tecnologías de la Información y Comunicación.
Ha sido investigadora del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Centro de Investigaciones Sociales de la Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia. Actualmente trabaja como especialista en investigación en la oficina del Coordinador Residente de Naciones Unidas en Bolivia.

concordancia, complementación, contraposición o negación que se manifiestan en los discursos y las prácticas del personal de salud cuando las mujeres acceden a los servicios, ya sea porque buscan métodos anticonceptivos, porque tienen un embarazo no deseado, porque han sido víctimas de una violación, por consecuencias de un aborto incompleto, o por cualquier motivación o preocupación en relación a su salud sexual y salud reproductiva.

De este modo, esta investigación se constituye en un documento de evidencias que busca contribuir a las acciones de incidencia y exigibilidad para la resolución de las necesidades y problemas sustanciales que impiden que muchas mujeres puedan acceder a mejores condiciones para su salud integral en el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, desde sus propias definiciones y decisiones autónomas.

Católicas por el Derecho a Decidir/Bolivia, celebrando sus 20 años, presenta a ustedes la presente investigación, porque la vida, la salud de las mujeres y la defensa de su capacidad de decidir vale el compromiso y el trabajo incesante.

La Paz, diciembre de 2016

Tania Nava Burgoa
Directora Ejecutiva

Resumen Ejecutivo

En la última década, Bolivia ha registrado importantes avances respecto a los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR), los cuales se plasman en normativa jurídica nacional e internacional que reconocen a estos como derechos humanos fundamentales. Sin embargo, aún persisten brechas entre la normativa y las prácticas, aspecto que se refleja en los escasos o nulos avances en indicadores como el embarazo adolescente, mortalidad materna por aborto, uso de métodos anticonceptivos, etc.

Un análisis de las prácticas y discursos del personal de salud público y privado, permiten afirmar que, si bien existen avances en cuanto al abordaje de éstos derechos como parte de los discursos, todavía falta avanzar en la adopción de enfoques y conceptos homogéneos que incluyan el abordaje del derecho a la vida de manera progresiva, estandarizar prácticas que permitan la atención diferenciada, la Interrupción Legal del Embarazo sin violar los derechos de las mujeres, y garanticen el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

La metodología utilizada para esta investigación, está basada en entrevistas a profundidad a personal de salud de centros públicos y privados (enfermeras, ginecólogos, médicos generales, trabajadores sociales). La información recogida fue analizada a partir de dos metodologías combinadas: análisis de discurso y análisis de bloques de opinión, con el objetivo de contar con información y análisis sobre los discursos y prácticas que determinan la garantía o no para el ejercicio de los DSDR, en torno al derecho a decidir y al derecho a la vida.

Introducción

Los derechos sexuales y derechos reproductivos se reconocen internacionalmente como derechos humanos fundamentales, enfoque que en la última década ha sido plasmado en la normativa jurídica boliviana referente a la temática, y que además es parte central de los discursos de colectivos y organizaciones que defienden el derecho a decidir de las mujeres.

Uno de los actores centrales a la hora de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres es el personal de salud, quienes son, en última instancia, los que viabilizan o no el cumplimiento de normas, protocolos, y la aplicación del enfoque de derechos humanos en la atención.

Sin embargo, y si bien ambos factores han significado importantes avances en cuanto a la visibilización de los derechos mencionados, como derechos fundamentales, no garantizan que en la práctica estos estén siendo ejercidos.

La presente investigación responde a la necesidad de contar con información sobre los discursos y prácticas que determinan la garantía o no para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, principalmente en lo que refiere a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y al uso de métodos anticonceptivos, desde los servicios de salud, identificando además, aquellos vacíos institucionales que podrían estar actuando como barreras para su pleno ejercicio.

La metodología utilizada tiene como base el relevamiento de información primaria a través de entrevistas a profundidad a informantes clave de centros de salud públicos y privados en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Trinidad. Esta herramienta fue combinada con el recojo de información secundaria relevante para el análisis.

El primer capítulo presenta un análisis de los derechos sexuales y derechos reproductivos desde un enfoque de derechos humanos, resaltando los hitos internacionales que posibilitaron su formulación y adopción. En el segundo capítulo se presenta un resumen de la normativa nacional más relevante, así como de algunos datos que permiten medir, en cierta manera, la relación entre los avances normativos y la mejora en indicadores clave como la tasa de embarazo adolescente, mortalidad materna por aborto, uso de métodos anticonceptivos, etc.

El tercer capítulo contiene el análisis de prácticas y discursos del personal de salud entrevistado, tomando como ejes: 1) Derechos sexuales y derechos reproductivos. 2) Métodos anticonceptivos. 3) Sentencia Constitucional 0206/2014 e Interrupción Legal del Embarazo. 4) Riesgos post aborto. 5) Embarazo adolescente.

Finalmente, en el cuarto capítulo se presentan algunas consideraciones finales que tratan de brindar un panorama general de la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos desde las prácticas y discursos de los servidores en salud, donde se pueden encontrar puntos importantes de concordancia como también de contradicciones y contraposiciones. Dada la metodología utilizada, esta investigación y sus resultados no pretende alcanzar generalizaciones, sino de mostrar aspectos sobresalientes en base al análisis comparativo cualitativo entre lo que se dice, se hace o se debería hacer, donde se releva la heterogeneidad, las coincidencias y las divergencias en relación a la garantía de los derechos de las mujeres cuando se trata de decidir sobre su sexualidad y su reproducción.

1. Derechos humanos, derechos sexuales, derechos reproductivos y derecho a decidir

"Los derechos humanos son las necesidades vitales de todas las personas, reconocidos universalmente y exigibles ante la ley. No tienen jerarquía ni relación de orden y son inviolables, indivisibles e irrenunciables" (UNFPA, 2015). Después de 1994, a razón de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, los derechos sexuales y derechos reproductivos se reconocen internacionalmente como derechos humanos fundamentales, basados en la dignidad humana y la libertad a decidir acerca del ejercicio de nuestra sexualidad y reproducción. Estos derechos incluyen la integridad sexual, el derecho a elegir, la educación y el acceso a la atención de salud.

El año 1995 en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing, además de ratificarse las resoluciones de la CIPD, se incorporan la salud sexual y salud reproductiva de la adolescencia, y la salud sexual y los derechos humanos de la mujer, reconociendo que "los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos que toda persona, sin importar su sexo, color de piel, edad, orientación sexual, religión o partido político, tiene derecho a ejercer. Su finalidad es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente y sin discriminación, riesgo, amenaza, coerción y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción" (Católicas por el Derecho a Decidir, 2014)

Como señala el Comité Latinoamericano y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM), un enfoque de salud sexual y reproductiva basado en los derechos humanos tiene la legitimidad simbólica otorgada por el acuerdo internacional, y la legitimidad ética de la necesidad de ampliar la esfera de estos derechos, son universales, inalienables, indivisibles e interdependientes (CLADEM, 2014).

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son considerados los más humanos de todos los derechos, dado que son los que directamente afectan a la vida y ocurren en lo más íntimo de los territorios, el cuerpo humano. Al ser derechos individuales relacionados con la intimidad abarcan a todas las personas, sin embargo, tienen un significado especial para las mujeres, únicas en las que el embarazo se desarrolla. (Decidir nos hace libres, s/f).

Al estar profundamente relacionados con la vida, no se restringen únicamente al campo de la sexualidad y la reproducción, sino que tienen un efecto directo sobre el bienestar de las mujeres, así como sobre el alcance de la equidad de género en nuestras sociedades. Según argumenta la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), los derechos sexuales y derechos reproductivos son centrales en las experiencias de empoderamiento de las mujeres y las niñas, y tienen una repercusión directa sobre su desarrollo social, su participación económica y su participación en la vida pública y política (IPPF, 2015).

De igual manera, Díaz afirma que el control de las mujeres sobre sus cuerpos, la capacidad de generar ingresos y recursos propios, y la plena participación en las decisiones que afectan su vida, son tres pilares fundamentales para lograr mayor igualdad de género (Díaz, 2013).

Los derechos sexuales y derechos reproductivos se plantean desde la triada de derechos humanos, nuestros cuerpos, nuestras vidas, nuestros territorios, y es así que dentro de los principales tenemos[2]:

- Derecho a una sexualidad placentera
- Derecho a la libre expresión de la sexualidad
- Derecho a la identidad de género y sexual
- Derecho a la educación y a la información sobre sexualidad
- Derecho a la salud sexual
- Derecho a la libertad y la integridad sexual
- Derecho a la autonomía reproductiva
- Derecho a la maternidad segura y voluntaria
- Derecho a la educación e información sobre reproducción
- Derecho a la salud reproductiva
- Derecho a la regulación de la fecundidad
- Derecho a la reproducción asistida
- Derecho a la integridad en el ejercicio de las prácticas reproductivas

Siguiendo la misma línea argumentativa tenemos el planteamiento sobre el derecho a decidir, que hace referencia a la autonomía reproductiva de la mujer, es decir, a la necesidad de que las mujeres tengan derecho a decidir sobre sus cuerpos. Esto significa, decidir libremente si opta por la maternidad o no, cuándo y con quién, así como sobre interrumpir un embarazo no deseado, "restringir el acceso al aborto es una manera intolerante y discriminatoria de entender las relaciones entre las personas, la sexualidad y la autonomía de las mujeres, que no corresponde al desarrollo de nuestra sociedad democrática, ni al sentir mayoritario de la población" (Decidir nos hace libres, s/f).

Según datos del Instituto Guttmacher, a nivel mundial se realizan cada año alrededor de 19.000.000 abortos en condiciones inaceptables desde el punto de vista médico, teniendo como consecuencia la muerte de aproximadamente 68.000 mujeres al año. Es así que se plantea no solo su legalización, sino también que en el momento de su realización prime la decisión de la mujer "a la que no se puede obligar a actuar en base a la conciencia de otros ni, mucho menos, en contra de su propia conciencia" (Decidir nos hace libres, s/f).

2 Los derechos enlistados fueron obtenidos de la Propuesta de Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos, elaborada por las organizaciones, Redes y personas que integran la Campaña por una Convención Interamericana de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en 2011.

Si bien los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos de todas las personas sin distinción, su ejercicio no se produce de manera equitativa. Las mujeres no tienen iguales posibilidades de acceso y decisión, debido tanto a las relaciones de poder que tienen lugar al interior de las parejas, a los estereotipos asociados a ellas, así como a factores socioeconómicos, étnicos y culturales, entre otros.

2. Derechos sexuales y derechos reproductivos en Bolivia

El marco legal sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos vigente en Bolivia comprende tanto la normativa nacional como los instrumentos y compromisos firmados y ratificados de carácter internacional.

A nivel nacional, se pueden destacar algunos instrumentos legales que han significado un importante avance hacia la equidad de género y, específicamente, hacia el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las bolivianas.

En primer lugar se encuentra la Constitución Política del Estado vigente desde 2009, documento en el que el Estado asume la función de garantizar a hombres y mujeres el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

El mismo año entra en vigencia el Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos, Bolivia Digna para Vivir Bien 2009 - 2013, donde se contempla la protección de estos derechos desde un enfoque de derechos humanos.

El primer Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana fue formulado para el periodo 2008 – 2013, con el objetivo de brindar atención integral, diferenciada, eficiente y oportuna a la población adolescente y joven en todos los establecimientos de las redes de servicios del Sistema de Salud, para coadyuvar al mejoramiento de sus condiciones de salud con énfasis en la promoción y prevención, y alentando la participación activa de adolescentes y jóvenes en el autocuidado de su salud.

Sin embargo y pese al avance normativo que significa el Plan, como se verá más adelante, al parecer aún es reducida la adopción de protocolos para atención diferenciada en los centros de salud públicos.

Posteriormente se elabora el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015, que tiene como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva de la población, mediante la atención a la infancia y a la niñez, a la mujer durante el embarazo, parto y post parto, atención al recién nacido, reducción de la prevalencia del cáncer de cuello uterino y de mama, incremento de conocimiento y servicios de atención integral con énfasis en la salud sexual y reproductiva de adolescentes, atención a la infertilidad, mejoramiento de la orientación, oferta de información a servicios de anticoncepción e infecciones de transmisión sexual, “considerando que estos componentes son elementos centrales para el desarrollo humano”.

Además, el Plan 2009 – 2015 pone especial énfasis en los servicios de atención médica, señalando

que para se alcance el pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la población, los proveedores de salud (médicos/as, y/o enfermeros/as) deben tener las destrezas necesarias; contar con el apoyo de un sistema de salud eficiente con políticas, normas y regulaciones claras que les respalden; con la administración adecuada de suministros, equipamiento e infraestructura; y con el apoyo de un eficiente sistema de comunicación, referencia y transporte.

En 2013 el Ministerio de Salud y Deportes presenta la Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes, con el objetivo de tener un marco de referencia para ser aplicado en todo el Sistema Nacional de Salud para coadyuvar que jóvenes y adolescentes mejoren su salud. La Guía aborda 4 elementos sobresalientes: 1) Fortalecimiento de las habilidades del personal de salud para mejorar el diálogo con adolescentes y jóvenes en las consultas. 2) Mantener un registro de la atención que se realiza a esta población, que sirva para la toma de decisiones. 3) Incentivar a promoción a través de actividades informativas y educativas fuera de los establecimientos. 4) Lograr alianzas con las organizaciones de la comunidad y fortalecer el liderazgo juvenil a través de la formación de pares. Además, la Guía contiene recomendaciones técnicas para que el personal de salud oferte una atención integral diferenciada a los y las adolescentes, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, género, generacional e interculturalidad.

La Ley 348 "Para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia" de 2013 tipifica la violencia contra los derechos reproductivos, como aquella 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. También se reconoce la violencia contra los derechos y la libertad sexual, que refiere a 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.

El año 2014 se presentó el Plan Municipal de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, primer Plan que se realizó desde el ámbito municipal en el país. El mismo tiene como objetivo el "abordar la salud sexual y salud reproductiva, en cuanto a las acciones estratégicas para la implementación de *Atención diferenciada en salud* y desarrollo de una *Cultura de la salud preventiva*, así como la referida a acciones que hagan posible una intervención desde el ámbito de la información, de la difusión y conocimiento de aspectos importantes para prevenir problemas emergentes del desconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos".

El mismo año el Tribunal Constitucional Plurinacional emitió la Sentencia Constitucional (SC) Nº 0206/2014, mediante la cual, entre otros, se ratifican como únicas causales para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) el que el mismo sea producto de una violación, incesto, estupro y/o cuando se encuentre en riesgo la salud o la vida de la mujer. Esta Sentencia, sí modifica los requisitos para acceder a la ILE; en caso de embarazo por violación, incesto o estupro, se elimina la necesidad de iniciar la acción penal y solicitar una autorización judicial, siendo el único requisito realizar la denun-

cia del delito de violación ante la Policía, Fiscalía, o ante la autoridad de la Comunidad respectiva. En aquellos casos en los que exista peligro para la vida o salud de la madre, es suficiente el diagnóstico del médico[3].

Otra de las modificaciones importantes a partir de la SC refiere al consentimiento de la mujer, sin importar la edad, como único válido para la solicitud de la ILE; antes de la SC, si la mujer era menor de edad, se necesitaba la autorización del padre, madre o tutor.

Finalmente, se considera el derecho progresivo a la vida, en tanto el desarrollo del embrión no puede considerarse en el mismo status que el de la vida plena y desarrollada de la madre, es decir que la madre tiene una mayor prioridad en la protección de su vida frente a un embrión en proceso de desarrollo, todo esto acorde con la jurisprudencia regional del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos, respecto al derecho a la vida.

El 2015 se presenta el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, que incorpora los nuevos lineamientos adoptados a consecuencia de la Sentencia Constitucional Nº 0206/2014. Queda pendiente la profundización de la otra causal para la interrupción legal del embarazo, referida al peligro en la vida o la salud de la madre; este es un tema delicado dado que desde un enfoque de salud integral son diversos los factores que deberían tomarse como causales de aborto, entre ellos, todo riesgo asociado a la salud mental.

Como afirman Aliaga y otros, buena parte de la normativa queda en el discurso dado que las barreras sociales y culturales siguen operando en farmacias, centros de salud, establecimientos educativos, estrados judiciales, en el Estado y la sociedad en su conjunto; todo esto no solo no facilita sino que estaría impidiendo que las mujeres puedan tomar decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, embarazos no deseados, y sobre el acceso a un aborto en condiciones seguras (Aliaga et.al, 2011).

Otro elemento importante que impide un ejercicio igualitario de los derechos sexuales y derechos reproductivos refiere a factores socioeconómicos que actúan como barrera al acceso de servicios de salud e información para aquellas mujeres que se encuentran en los estratos económicos bajos, así como aquellas que vienen en las áreas rurales y periurbanas del país.

En relación a los compromisos internacionales asumidos por el Estado, el Informe Alternativo de la Plataforma Boliviana Cairo +20 afirma que, “a pesar de las demandas recurrentes de la sociedad civil, se constata el incumplimiento de varios de los compromisos asumidos por el Estado boliviano, muchas brechas se han ampliado: la mortalidad materna, el aborto inseguro, las disparidades de las

3 Hasta antes de 2014, mediante el Código Penal se autorizaba la interrupción legal del embarazo en aquellos casos en los que el embarazo fuera consecuencia de violación, incesto o estupro, y/o en aquellos en los que se encuentre en riesgo la vida o la salud de la madre, sin embargo, se establecía la necesidad de presentar una autorización judicial para que las mujeres pueden realizarse un aborto. Esta sentencia se produjo a consecuencia de la acción de inconstitucionalidad abstracta interpuesta por Patricia Mancilla Martínez, en ese entonces Diputada de la Asamblea Legislativa Plurinacional, quién demandó la inconstitucionalidad de varios artículos del Código Penal vigente, referidos todos ellos a violencia sexual, interrupción del embarazo y aborto.

diversidades sexuales y genéricas, la violencia contra las mujeres y las situaciones de vulnerabilidad de poblaciones específicas, entre otras" (CLADEM, 2014).

Al respecto, las observaciones al Estado Plurinacional de Bolivia realizadas por el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 2015, señalan su preocupación en relación a: 1) Las altas y persistentes tasas de mortalidad materna. 2) Acceso limitado a infraestructuras de salud para mujeres embarazadas, en especial mujeres indígenas y/o que viven en el área rural. 3) Falta de educación amplia sobre salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como sobre servicios de planificación familiar y el limitado acceso a anticonceptivos modernos. 4) Elevada tasa de embarazos en la adolescencia. 5) Penalización del aborto y condiciones restrictivas en que puede practicarse, además de la no aplicación de la Sentencia Constitucional 0206/2014.

A manera de realizar un estado de situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en Bolivia, a continuación se presentarán algunos datos cuantitativos que nos permitirán corroborar, de alguna manera, los argumentos expuestos anteriormente acerca de los efectos que ha tenido el marco normativo boliviano sobre elementos centrales relativos a estos derechos.

En primer lugar resulta importante hablar sobre la mortalidad materna, que según define la OMS refiere a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La razón de mortalidad materna al año 2011 en Bolivia es de 160 por 100.000 nacidos vivos (27 menos que en 2000). Los departamentos que muestran un incremento de esta razón entre 2000 y 2011 son La Paz y Cochabamba siendo estos dos departamentos, más Potosí, los que presentan las cifras más altas. Por otro lado, las disminuciones más importantes (de más del 50%) las presentan Beni y Tarija. La mortalidad materna se concentra entre los 20 y 39 años de edad, y el 14% del total corresponde a adolescentes entre los 14 y 19 años; Cochabamba, Potosí y Beni presentan los porcentajes más altos de mortalidad materna adolescente. Dentro de las causas más importantes de la mortalidad materna se encuentran la hemorragia (37%), hipertensión (12%) y aborto (8%)[4].

Según datos del CLADEM, Bolivia tiene serios problemas en cuanto a la provisión de métodos anticonceptivos, el 60,4% de las mujeres en relación de pareja usan un método anticonceptivo, de ellas, solo un 34,6% utiliza un método moderno. Por otro lado, el estudio de Aliaga y otros, sostienen que más del 90% de las mujeres que fueron encuestadas por ellos conocían al menos un método anticonceptivo, y que la prevalencia de embarazos no deseados está más relacionada a barreras culturales (Aliaga et.al, 2011).

4 La segunda razón son las causas externas (accidente de tránsito, suicidios, asesinatos y otros accidentes), sin embargo y siguiendo la definición de la OMS estas no forman parte de la mortalidad materna como en este texto está siendo entendida. Los datos presentados fueron extraídos del Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 elaborado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística.

Asimismo, el Plan estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015 menciona que la utilización de anticoncepción por los/as adolescentes y jóvenes en el país, aún es baja.

Respecto al embarazo adolescente, según datos del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, cada día 246 adolescentes en el país quedan embarazadas sin haberlo planificado (dato 2015). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008), cerca del 18% de las adolescentes bolivianas son madres, y un 70% de estos embarazos no fueron planificados. El embarazo y la maternidad en adolescentes se registran con mayor frecuencia en mujeres adolescentes con menor acceso a educación, que viven en zonas rurales y en condiciones de pobreza (UNFPA, 2015).

Según datos del Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2009 – 2015, los nacimientos que provienen de mujeres adolescentes, en general son nacimientos imprevistos y no son recibidos en las mejores condiciones, convirtiéndose éste en uno de los problemas más sentidos por la población, por el riesgo de comprometer desde muy temprano la salud y la vida de las jóvenes, especialmente entre las poblaciones más pobres.

El aborto es considerado en el país como un problema de salud pública dada la incidencia que tiene sobre sobre la mortalidad materna, principalmente de mujeres adolescentes. Se calcula que en el país se producen alrededor de 50.000 abortos al año, de los cuales entre el 10% y el 50% necesitan atención médica para el tratamiento de complicaciones. (Católicas por el Derecho a Decidir, 2009). Por otro lado, Aliaga y otros sostienen que en el país una de cada dos mujeres afirma haber enfrentado al menos un embarazo no deseado en su vida, y una de cada diez afirma haberse realizado un aborto inducido, además, se calcula que en el país se llevan a cabo 100 abortos clandestinos al día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres (Aliaga et.al., 2011).

Como se puede observar, las cifras revelan que todavía mantenemos alarmantes niveles de mortalidad materna, embarazos adolescentes, bajo uso de métodos anticonceptivos modernos, y, principalmente, miles de mujeres siguen muriendo anualmente debido a abortos mal realizados.

3. Derechos sexuales y derechos reproductivos desde el punto de vista del personal de salud pública

Si bien tenemos claridad acerca de cifras, normativa y, en general, respecto a la posición de las mujeres en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos, hay un sector importante sobre el cual casi no existen datos y que, sin embargo, es desde el cual finalmente, se garantiza o no a las mujeres el pleno ejercicio de sus derechos, como menciona CLADEM, “si los servicios de salud provistos por el Estado son escasos, de mala calidad, alejados o patriarcales, no cumplen con su función práctica de ser los agentes de la garantía de los derechos que la ley instaura” (CLADEM, 2014).

En este sentido, resulta central hacer un análisis acerca de las prácticas del personal de salud, identificando las características de su rol como garantes de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres.

El análisis se realizó en base a entrevistas a profundidad realizadas a médicos que trabajan en centros de salud públicos y privados en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Trinidad, tomando como estructura del instrumento aplicado las siguientes áreas: 1) Derechos sexuales y derechos reproductivos, 2) Métodos anticonceptivos, 3) Sentencia constitucional e interrupción legal del embarazo, 4) Riesgos post aborto, 5) Embarazo adolescente.

Los datos recogidos, permiten poner de relieve los principales hallazgos y resultados que se presentan a continuación.

3.1 Derechos sexuales y derechos reproductivos

En general, todo el personal de salud consultado coincide en la importancia de los derechos sexuales y derechos reproductivos, aunque son pocos los que hacen referencia a su calidad de derechos humanos y, en especial, a la importancia de incluir el derecho a decidir como un derecho sexual y reproductivo fundamental.

De la misma manera, todos y todas afirman que desde el centro de salud en el que trabajan se promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos, aunque no todos parecen manejar el mismo concepto, es decir, en algunos casos se sigue ligando estos derechos exclusivamente a la reproducción y a la planificación familiar, dejando de lado la enorme gama de derechos que los comprenden (por ejemplo, a la no discriminación, información, integridad corporal y a la autonomía en el control del cuerpo, entre otros). En palabras de un médico consultado en la ciudad de Trinidad: *"claro que desde este centro promovemos los derechos sexuales y derechos reproductivos, promovemos la orientación y la planificación familiar"*, en la misma línea una de las ginecólogas consultadas en Cochabamba afirma *"si, promovemos sobre todo la planificación familiar y los controles prenatales"*. En contraposición, una enfermera consultada en Trinidad sostiene "*desde este centro se promueven…sobre todo el derecho a decidir y a utilizar un método anticonceptivo"*.

Como se observa, si bien es un avance importante para el país, primero, el que el personal de salud esté familiarizado con los derechos sexuales y derechos reproductivos y, segundo, que se los promueva, es importante establecer protocolos que permitan uniformizar de alguna manera el enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos que se busca sean promovidos e internalizados por las y los usuarios de servicios de salud, haciendo énfasis en que derechos sexuales y derechos reproductivos no solo comprenden la planificación familiar. Esto, como se verá más adelante, tiene importantes repercusiones sobre la atención y los protocolos seguidos en cada consulta.

3.2 Métodos Anticonceptivos

En relación a la promoción e información sobre métodos anticonceptivos brindada por el personal de salud, un primer aspecto que llama la atención refiere a la posición que asume el o la doctora cuando está atendiendo una consulta ginecológica, por un lado están aquellos/as que asumen una función de "educadores" con sus pacientes, como ejemplo tenemos el testimonio de un ginecólogo consultado en Trinidad que dice: *"para poder educar y orientar a las mujeres sobre métodos anticonceptivos el profesional de salud debe formarse primero, no cualquiera puede hacerlo"*; por otro

lado, se encuentran quienes más bien primero buscan entender las expectativas y/o necesidades de sus pacientes para luego orientarlas hacia una buena decisión, como afirma una ginecóloga consultada en Cochabamba: "*primero se le pregunta, ¿Qué es lo que realmente espera? ¿Qué espera del método? ¿De qué quiere protegerse?, luego de eso se la orienta"*. Finalmente, aquellos/as que afirman que no todas las pacientes son iguales y, por tanto, la orientación se basa en las características biológicas de cada una de ellas.

La mayor parte de los y las doctoras consultadas afirman que la orientación sobre métodos anticonceptivos forma parte del protocolo de sus consultas[5], sin embargo, solo algunos ofrecen asesoramiento diferenciado según las características de cada paciente (por ejemplo, con muchas parejas, bisexual, homosexual, casada, etc.), en algunos casos se argumenta que el médico no tiene porqué preguntar a su paciente el número de parejas que tiene, y en otros, que el protocolo indica la orientación en todos los métodos anticonceptivos sin distinción de la paciente.

Donde sí se detecta una mayor disposición hacia la adopción de mecanismos de atención diferenciada es cuando las pacientes son adolescentes, aunque en ningún caso se detectó el uso de un protocolo específico ni se hizo mención al Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana ni a la Guía de Atención Integral Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes.

Ahora bien, esta coincidencia no necesariamente se proyecta en iguales argumentos y/o enfoques en la atención diferenciada. Por un lado, se encuentran aquellos que se remiten específicamente a causas biológicas, es decir, el hacer énfasis en el uso de ciertos métodos anticonceptivos porque, por la edad, son más tolerados por el cuerpo (preservativo y pastillas anticonceptivas), y/o hacer incidencia en los efectos secundarios de algunos métodos. Por otro lado, están aquellos que entienden la atención diferenciada desde un aspecto más integral, en palabras de una ginecóloga entrevistada en Cochabamba *"si es adolescente, casada o tiene muchas parejas no hay diferencia, solo se hace mayor hincapié en que las adolescentes utilicen métodos anticonceptivos ya que en su plan de vida no está tener un hijo"*.

También existen aquellos que dicen no hacer diferencias en la atención, pero esto más bien responde a la búsqueda de la igualdad en el ejercicio de los derechos, como sostiene un ginecólogo consultado en La Paz, *"aquí fomentamos la libre decisión y el derecho a auto cuidarse… no hacemos diferencias respecto a las edades, muchas veces se colocan métodos anticonceptivos sin tener el permiso de sus padres porque se los niegan"*.

Llama la atención uno de los comentarios realizados por una ginecóloga de La Paz que afirma tener dudas acerca de la difusión y las campañas para promover el uso de métodos anticonceptivos en los jóvenes, dado que "*por darles tanta información los chicos se ven con curiosidad, además existe un desbalance hormonal que estimula esto"*. Es decir, se estaría dando a entender que a veces la información puede despertar curiosidad en los jóvenes y más bien llevarlos a iniciar su vida sexual. Esta

5 Existe un único caso, de una ginecóloga de un centro de salud público en La Paz, que afirma que la orientación en métodos anticonceptivos no se constituye en parte de la consulta, dado que las pacientes no siempre acuden al consultorio por estas razones sino más bien para controles pre natales.

afirmación muestra que, como se mencionó en el punto 1, el avance normativo no necesariamente implica avances en la práctica, y, nuevamente, resalta la necesidad de homogeneizar enfoques, conceptos y capacitar al personal de salud.

Todo lo expuesto hasta ahora hace referencia únicamente a métodos anticonceptivos parciales, dado que el tratamiento que se le da a los métodos anticonceptivos definitivos es muy distinto. En primer lugar porque la información sobre ellos no forma parte del protocolo de las consultas y, en casi todos los casos, solo se lo ofrece cuando existe la *"paternidad satisfecha"* (es decir, que la mujer tiene más de 4 hijos, aunque no se habla de satisfacción de la maternidad sino de paternidad) y cuando las pacientes tienen más de 30 años.

Como se mencionó en el punto 2 del documento, en estos casos se hace más evidente la necesidad de que todo el personal de salud conozca a profundidad el amplio campo que engloban los derechos sexuales y derechos reproductivos, dado que, si bien todos/as coinciden en que la decisión final acerca del uso de un método anticonceptivo definitivo recae en la mujer, no todos argumentan las mismas razones, en algunos casos se observa hasta un desconocimiento sobre las leyes y, principalmente, se detectan contradicciones entre el discurso y las prácticas.

Por ejemplo tenemos el testimonio de un ginecólogo consultado en Trinidad que dice: *"según las leyes la decisión es en pareja pero la que viene a consulta generalmente es la mujer y la decisión es de ella"*, por otro lado, una ginecóloga entrevistada también en Trinidad sostiene: "*es mejor decidir en pareja, si el esposo es una persona accesible se le sugiere que consulte con él";* más aún, según testimonio de una doctora en La Paz son las mujeres las que solicitan el que sus parejas también den consentimiento al procedimiento *"aún se necesita la autorización de la pareja, las mujeres lo solicitan, quieren tener un acuerdo mutuo y consentido firmado por ambas partes"*. Esta situación muestra, primero, un desconocimiento sobre la ley dado que no existe normativa que obligue el consentimiento de la pareja, segundo, que en muchos casos son los mismos médicos los que aconsejan a sus pacientes tomar la decisión en pareja; ambos aspectos resaltan una fuerte contradicción entre el discurso y la práctica del personal de salud, principalmente en los centros públicos, que por un lado afirman promover los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, así como incidir en su derecho a decidir, pero en consulta actúan de otra manera.

Importante también mencionar que esta situación se produce solamente con las mujeres, según cuenta un doctor entrevistado en Trinidad, en esta ciudad existe una mayor demanda de métodos anticonceptivos por parte de los hombres (vasectomía), sin embargo, en ningún caso se les pide la autorización de su pareja.

Ahora, cuando se preguntó acerca del tipo de orientación que se le daría a una paciente adolescente y sin hijos que solicite un método anticonceptivo definitivo todos/as mostraron descontentos/as con la opción, aunque afirmaron que, después de derivarla con un psicólogo o de insistir en que no es una decisión adecuada por su edad, si la paciente se mantenía firme en su solicitud el médico no podía más que respetar la decisión.

Sin embargo y más allá del discurso, el testimonio de una enfermera consultada en Trinidad nos

muestra que la decisión final no necesariamente recae en las mujeres *"cuando tuve mi último hijo le pedí al médico, desde el principio de mi embarazo, que a momento del parto aproveche de "ligarme" el médico me dijo que si pero cuando estábamos en la sala de parto le preguntó a mi marido si estaba de acuerdo con eso, mi marido dijo que no y el médico no me ligó, aunque yo ya había decido que es eso lo que quería"*.

3.3 Sentencia Constitucional 0206/2014 e Interrupción Legal del Embarazo

Un primer dato nos muestra que no todo el personal de salud consultado afirma estar de acuerdo con la Sentencia, como caso específico tenemos 2 doctoras que trabajan en centros de salud públicos en la ciudad de La Paz, señalando una de ellas: "*no me parece, más por mis creencias religiosas, yo no lo haría, aquí nos dijeron que ante la presencia de la denuncia deberíamos hacerlo, que incluso si eran menores de edad no necesitaban acudir con los padres y debía interrumpirse, no estoy de acuerdo"*, en este caso se estaría apelando a la objeción de conciencia, argumento ligado más a razones personales que relacionadas con las pacientes.

Sin embargo, también vemos que otro de los argumentos utilizados, más bien pone el enfoque en la paciente, en un caso afirmando: *"tengo una opinión encontrada… hay que ver la parte psicológica de la paciente, no es lo mismo que la violen a que ella decida abortar, si nos damos cuenta ella se sentirá mal por haber abortado, es doble lesión, es difícil determinar la forma correcta de esto"*. En este caso se observa, además de un tema moral, que la doctora asume que las pacientes sienten culpa por abortar, y que en ningún momento esta decisión más bien puede resultar liberadora; si bien resulta relevante que se señale la importancia del acompañamiento psicológico, preocupa que el enfoque vaya a estar únicamente en la reducción de culpa en la paciente, pudiendo a veces hasta provocan un sentimiento de culpa que en primera instancia no existía.

Por otro lado, están aquellos/as que afirman estar de acuerdo con la Sentencia, aunque no siempre por las mismas razones, primero tenemos a quienes resaltan la importancia de la Sentencia como un paso más hacia el ejercicio de los derechos de las mujeres, y hacia evitar procesos burocráticos que en muchos casos han obligado a las mujeres a continuar con el embarazo aún en contra de ello. También encontramos argumentos ligados al trabajo de los médicos y a la reducción en la responsabilidad legal que apareja.

Finalmente, un doctor consultado en Trinidad, afirma estar de acuerdo aunque insta a que estos temas se los trabaje únicamente desde los centros de salud privados y *"dejen de molestarnos a los públicos con esto"*, es decir, promover los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, estar de acuerdo con la Sentencia, pero preferir que las mujeres paguen por acceder a la ILE, aun sabiendo que la consecuencia de esto es que solo aquellas de niveles socioeconómicos altos serían finalmente las que puedan ejercer sus derechos.

Al consultarles acerca del tipo de orientación que se les da a las mujeres en el caso de que su embarazo sea producto de una violación, todos/as afirman que lo primero es informarles sobre la norma y presentarles las opciones que tienen, sin embargo, solo 3 doctoras afirmaron que como parte del

protocolo, se le da a la paciente el anticonceptivo de emergencia y se previene cualquier infección de transmisión sexual.

Cuando las pacientes no están seguras acerca de la decisión que tomar (continuar o no con el embarazo), tenemos opiniones distintas, por un lado aquellos/as que afirman que *"se las orienta para que se realicen la interrupción legal del embarazo porque es incompatible con la vida"*, otros/as que las derivan con servicios de psicología para que *"enfrenten sus miedos"* y, finalmente, algunos que sostienen que se las orienta porque la decisión es de ellas pero *"nosotros como médicos siempre tenemos que tender a que se siga con el embarazo"*, o en otro caso, se la orienta pero *"los médicos están para salvar vidas"*.

Sobre este último comentario, resulta interesante ver que una buena parte de los médicos aún manejan un concepto de vida desde un enfoque biológico y no integral, es decir, su misión es salvar la vida de los embriones, en muchos casos en detrimento de la vida de las mujeres, entendiendo estas vidas como proyectos, metas y deseos, entre otros. Es más, este argumento entra en contradicción con la SC 0206/2014, donde se asume el derecho a la vida de manera progresiva y, por tanto, la vida de la mujer goza de mayor protección al estar más desarrollada que la del embrión.

Ahora bien, cuando el embarazo causado por una violación se produce en una adolescente, si bien la orientación y los protocolos parecen ser los mismos, todos/as afirmaron que para poder proceder con la interrupción del embarazo es necesario que un familiar o tutor (en caso de que la violación se haya producido dentro del círculo familiar) acompañe a la víctima, aunque esto no corresponde con lo mencionado en la Sentencia.

Como afirma una trabajadora social entrevistada en Cochabamba *"si la víctima es adolecente se debe tener un poco más de cuidado, se presentan problemas con la familia que generalmente tiende a obligar o conducir, el cuidado es para que no exista disconformidad con ambas partes…la situación tiene que ser un poco más sutil pero sin parcializarnos con la familia"*. Llama la atención en este testimonio el que se busque la "conformidad en ambas partes"; considerando que la decisión final la tiene la mujer (adolescente en este caso), no debería existir razón para buscar la "conformidad" de la familia con su decisión, aunque también resulta relevante resaltar que al tratarse de menores de edad aun dependientes de sus familias es importante prevenir situaciones de re victimización posterior a causa de la decisión asumida.

Respecto a la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la madre esté en riesgo existe total acuerdo en que es un procedimiento normal que solo necesita la conformidad de la mujer, aunque, como se mencionó en el punto 2, es un tema que no se trata en profundidad dado que implicaría una reconstrucción de conceptos en caso de que se asuma un enfoque de salud integral.

Sin embargo, una vez más encontramos una brecha entre el discurso y la práctica, según uno de los ginecólogos entrevistados en La Paz *"precisamente tuvimos una paciente con un cuadro de parálisis de sus músculos, ella estuvo embarazada, le informamos que el embarazo era riesgoso para el bebé y se realizó una carta con certificación médica corroborada con ecografías indicando que se debía realizar la interrupción legal del embarazo. Lastimosamente era fin de año y las personas estaban de*

vacaciones, entonces la usuaria tuvo que insistir mucho y esperar 4 semanas para que se le practique el procedimiento, posteriormente se le vulneraron los derechos porque se le obligó a que se le coloque el implante anticonceptivo, mínimamente se debería consultar acerca del caso". Este testimonio muestra dos contradicciones, por un lado, se dice garantizar la salud de las mujeres pero se le ponen barreras a la hora de que ejerzan sus derechos, por otro, se habla de la promoción del derecho a decidir, sin embargo, aún existen procedimientos en los que la mujer no llega ni a ser consultada.

Haciendo énfasis en las barreras que se les impone a las mujeres cuando quieren ejercer sus derechos, tenemos la "objeción de conciencia", si bien la Sentencia legaliza la interrupción del embarazo en los casos antes mencionados, el personal de salud tiene la opción de argumentar que por un tema ético no se puede practicar el aborto. Ninguna de las personas entrevistadas sostuvo haber acudido a esta figura alguna vez, aunque si existen 2 doctoras que recurrirían a ella si se presentara el caso (ambas aún en caso de que la salud de la madre se encuentre en riesgo). Estas situaciones normalmente retardan el acceso a la ILE, significando en algunos casos, plazos iguales a los que antes se tenían que esperar para que el juez emita la sentencia que habilitaba a la mujer para abortar, es decir, la Sentencia muestra importantes avances, pero ni así se garantizan procesos rápidos donde se respeten los derechos de las mujeres.

Otro aspecto refiere al papel que juega la policía como receptora de denuncias, y en muchos casos como orientadora del procedimiento al que las mujeres pueden acceder en caso de tratarse de una violación; según cuenta uno de los ginecólogos entrevistados en La Paz: "*a pesar de esa difusión que se hace, se buscan excusas para demorar el proceso y tener un justificativo para no hacerlo porque salió de la norma. La causa principal es la doble moral, aunque también se presentan objeciones por parte de la policía que muchas veces direcciona y trata de que las mujeres no realicen la interrupción"*. Aunque la Sentencia dé como plazo 24 horas para la realización de la ILE, la realidad nos muestra que esto no necesariamente se cumple dentro de los centros de salud.

Finalmente, son pocos los casos en los que las pacientes reciben atención integral (otros servicios de salud más allá del ginecológico), y menos aún en los que se les hace un seguimiento a las mujeres después de que se les haya practicado un aborto. Según argumentan algunos/as de los doctores consultados, esto se debe a dos razones, por un lado, el que el centro de salud no cuente con servicios de psicología, trabajo social, etc. y, por otro, dado que es difícil que una mujer vuelva a consulta después.

3.4 Riesgos post aborto

A causa de la ilegalidad del aborto, salvo en los casos antes expuestos, en el país existen muchos lugares clandestinos donde las mujeres acuden cuando quieren interrumpir un embarazo, sin embargo, en estos lugares no siempre se siguen los procedimientos adecuados y muchas veces se pone en riesgo la vida de las mujeres. Como consecuencia, según afirman Aliaga y otros, desde hace algunos años en el país se ha incrementado el número de mujeres que abortan utilizando medicamentos (principalmente el misoprostol), sin embargo, parecería que la confusión sobre el procedimiento

conduce a frecuentes complicaciones por el uso incorrecto (Aliaga et.al., 2011), y esta situación estaría incrementando el número de mujeres que acuden a un centro de salud por complicaciones post aborto.

Estos nuevos procedimientos parecen ser aceptados como positivos por algunos de los médicos consultados, aunque las razones no siempre responden a menores riesgos para la vida de las mujeres, sino más bien a facilidades en los procedimientos post aborto. Tenemos, por ejemplo, el testimonio de un ginecólogo consultado en Trinidad *"la verdad es que ahora se ha puesto más fácil, las mujeres ya vienen abortadas y a lo mucho vienen con hemorragias por el uso del misoprostol"*.

Respecto al tipo de atención que se les presta a las mujeres que se encuentran en riesgo después de haberse realizado un aborto, el personal de salud en su totalidad afirma que se las atiende sin juzgarlas y sin hacer diferencia alguna con el resto de pacientes, sin embargo, la mayor parte de los centros visitados no cuenta con el equipamiento necesario para proceder con una intervención quirúrgica, por lo cual se las deriva a centros de salud de segundo o tercer nivel. Solo una de las trabajadoras sociales entrevistadas afirmó que en algunos casos se las acompaña a la siguiente consulta y se hace un seguimiento dado que en estos centros de salud más grandes se las discrimina y juzga, incrementando la discriminación, la crítica situación económica y el color de la piel de las pacientes.

Sobre el tipo de registro que se utiliza para estos casos, todos/as coinciden en que se lo registra "como es", es decir, como un aborto incompleto o restos placentarios, solo en uno de los casos se aclaró que el registro se realiza como restos post aborto extra institucional.

Es importante mencionar que desde uno de los centros de salud privados visitados se ofrece asesoramiento a las pacientes sobre el uso de misoprostol, aunque no se lo puede recetar. Se afirma que cuando una mujer ha decidido no tener un hijo es imposible convencerla de lo contrario, razón por la cual resulta mejor asesorarla para que lleve a cabo el procedimiento en las mejores condiciones.

Aunque todos conocen sobre la ilegalidad del aborto, excepto en los casos antes expuestos, en ningún caso se sugirió la posibilidad de denunciar a una paciente cuando llega después de haberse realizado un aborto, es más, en muchos casos la pregunta hasta les resultó ofensiva. Una de las razones por las que no se realizan denuncias es que, en general, los doctores/as sostienen que estas pacientes no merecen ser juzgadas por sus decisiones y, estando o no de acuerdo con el aborto en aquellos casos no amparados por la ley, su único deber como médicos es salvar la vida de la mujer.

Pese a que no todos los centros de salud ofrecen atención integral, y que en muchos casos no se hace un seguimiento posterior a la paciente, en algunos casos si se hizo énfasis en la orientación sobre métodos anticonceptivos que se le debe dar a las pacientes que acuden a consulta después de un aborto. Es más, uno de los ginecólogos consultados en Trinidad afirmó que *"en ese momento es obligación del médico que la mujer salga del consultorio con un método anticonceptivo, la primera puede ser por descuido de la mujer, pero si tiene un segundo aborto es entera responsabilidad del centro de salud por no orientarla sobre cómo cuidarse después de la primera experiencia"*.

3.5 Embarazo adolescente

Respecto al embarazo adolescente, primero mencionar que todo el personal médico consultado parece estar muy familiarizado con el tema, es decir, que una buena parte de las mujeres que van a consulta por embarazo son menores de edad.

En general las respuestas fueron positivas, es decir, en ningún caso se observaron juicios de valor negativos al respecto. También hubo coincidencia respecto a la importancia de la orientación que deben recibir las adolescentes, aunque el tipo de orientación no siempre es el mismo, dado que no todos/as les presentan todas las posibilidades que tienen: continuar o no con el embarazo – incluye orientación sobre el uso de misoprostol -, o dar al bebé en adopción después del parto; otro tema en el que se encuentran diferencias es en la necesidad o no que algunos/as médicos ven de solicitar la presencia de algún familiar o de la pareja en las consultas.

En relación al primer punto tenemos el testimonio de una trabajadora social de Cochabamba que indica que el trabajo con las adolescentes debe ser integral *"todo embarazo adolescente pasa por orientación, si ella decide continuar con el embarazo se la orienta hacia los cuidados que debe tener y las responsabilidades que debe asumir, cómo confrontar la situación con sus papás, la importancia de acudir a un centro para que pueda ser respaldada económicamente por la pareja…se trabaja en su plan de vida"*.

Por otro lado se encuentran aquellos que afirman que *"paciente es paciente, no se hace distinciones y no hay protocolos específicos para adolescentes"*, es decir, las adolescentes no reciben ningún tipo de orientación específica.

Respecto al segundo tema tenemos el testimonio de una doctora en Cochabamba que sostiene *"a las adolescentes se les informa sobre todo lo que conlleva un embarazo adolescente y se les solicita que en una siguiente consulta acuda con su pareja, en caso de que la tenga, o con un familiar"*. Si bien se entiende que este procedimiento tiene como fundamento el que la adolescente reciba apoyo por parte de su familia, también podría ser un factor que les impida regresar a la siguiente consulta y prefieran acudir a otros consultorios donde no se les imponga condiciones.

Solo uno de los psicólogos consultados en Trinidad afirmó que, como parte del protocolo de consulta cuando la embarazada es adolescente, también se indaga si el embarazo es planificado (en la mayor parte de los casos no es así), y si es producto de abuso sexual.

Sin embargo, pese a que la mayoría de los entrevistados/as afirma que gran parte de los embarazos en adolescentes no son planificados, una trabajadora social en Trinidad afirma que no son las adolescentes las que, si están embarazadas, muestran disconformidad con el embarazo, sino más bien en muchos casos se alegran con la noticia *"aquí las jóvenes lo aceptan de mejor manera, en el colegio se permiten estudiantes embarazadas…las adolescentes no buscan orientación (sobre el aborto), sino son más bien las mujeres mayores de 22 años las que la solicitan"*.

Pese a que no todos los enfoques de consulta descritos anteriormente son iguales, si es importante mencionar que todos/as los entrevistados coinciden en la importancia de reforzar la difusión de información a adolescentes sobre métodos anticonceptivos, es más, al parecer algunos centros de salud privados realizan campañas de difusión en diversos ambientes; algunos de ellos también mencionan la necesidad de involucrar a los padres y madres en la tarea de prevenir los embarazos adolescentes, es decir, armar capacitaciones y que después sean ellos quienes refuercen la difusión de información dentro de sus familias.

4. Apuntes finales

En la última década, Bolivia ha registrado importantes avances hacia el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, avances que se traducen en instrumentos normativos nacionales y en la ratificación de compromisos internacionales. Ambos factores han permitido que, además, se adopte un enfoque de derechos humanos en la elaboración de planes y programas relacionados con estos derechos. Sin embargo, algunos datos encontrados (alta tasa de embarazo adolescente, mortalidad materna, abortos en condiciones de riesgo, bajo uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, etc.) muestran que el avance normativo no ha sido suficiente, dado que desde la práctica aún persisten prejuicios, enfoques conservadores, machismo y desigualdad en el acceso a la salud sexual y salud reproductiva.

Entendiendo que el sector salud ocupa un rol central como garante final para que las mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, la presente investigación tuvo como objetivo identificar los discursos y prácticas del personal de salud en torno a la salud sexual y salud reproductiva, en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Trinidad.

El conocimiento y promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de las consultas médicas cotidianas, aunque todavía no se manejan protocolos, enfoques ni conceptos similares, aspecto que se traduce en que solo algunos/as de los pofesionales entrevistados manejan un enfoque de derechos humanos, otros aún relacionan estos derechos solo con maternidad y familia. Este factor tiene importantes repercusiones en el tipo de orientación que se les está dando a las usuarias.

En la mayor parte de los casos, la orientación sobre métodos anticonceptivos viene a ser parte central del protocolo de las consultas, aunque no todos ofrecen un asesoramiento diferenciado de acuerdo a características específicas de las pacientes (número de parejas, orientación sexual, estado civil, edad, etc.). Es importante mencionar que, si bien existe la orientación, en algunos centros de salud públicos hay escasez de anticonceptivos, desconocimiento sobre las formas de colocación y/o no se utilizan los modernos.

Al hablar de métodos anticonceptivos definitivos aparecen las primeras contradicciones entre discursos y prácticas, por un lado se hace incidencia en los derechos de las mujeres, entre ellos el derecho a decidir y, sin embargo, en muchos casos aún son requisitos la autorización de la pareja, la "paternidad" satisfecha (4 hijos) y/o tener más de 30 años. Importante mencionar que estas contradicciones se presentan principalmente en los centros de salud pública, donde se observa la

persistencia de prejuicios, desinformación sobre las leyes y vulneración de derechos por parte de algunos de los/as médicos consultados.

Uno de los avances normativos más importantes es la Sentencia Constitucional 0206/2014, la cual elimina la autorización judicial para la interrupción legal del embarazo en caso de que sea producto de violación, incesto o estupro, estableciendo como requisito el realizar la denuncia del delito ante la Policía, Fiscalía, o ante la autoridad de la Comunidad respectiva. En aquellos casos en los que exista peligro para la vida o salud de la madre, es requisito suficiente el diagnóstico del médico. Por supuesto, en ambos casos es necesario el consentimiento de la mujer.

Existe diversidad en las opiniones de los/as médicos consultados respecto a la Sentencia, llama la atención que 2 doctoras mujeres de la ciudad de La Paz hayan afirmado no estar de acuerdo, no solo con la Sentencia, sino con la interrupción legal del embarazo bajo ninguna circunstancia. Los argumentos presentados van desde lo religioso/moral, hasta el asumir que un aborto desata un proceso de culpa en las mujeres, y sería mejor evitarles el doble sufrimiento en caso de que hayan sido violadas y, además, hayan tenido que abortar.

Por otro lado, también se encontraron divergencias entre los argumentos de aquellos/as que afirman estar de acuerdo con la Sentencia, estos van desde las facilidades legales para el trabajo de los médicos, hasta (y en un solo caso) el afirmar que la Sentencia es positiva porque significa un paso más hacia el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos por parte de las mujeres.

Tanto a través de aquellas en desacuerdo, como de aquellos/as que aprueban la Sentencia, resalta la necesidad de que se asuma la obligatoriedad del cumplimiento de la norma y de uniformizar conceptos y guiar las prácticas bajo un enfoque de derechos humanos. Algunos testimonios permitieron observar la constante violación de derechos a las mujeres, y pese a la Sentencia y el Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, en algunos casos siguen siendo los mismos médicos los que imponen las barreras al ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos. Es más, aún existen opiniones que dan a entender que no todas las mujeres pueden ejercer sus derechos de igual manera, ya sea por temas económicos, étnicos y/o facilidad de acceso.

La causal peligro en la salud y/o la vida de la madre no fue abordada en profundidad por los/as entrevistados, y en general es un tema sobre el cual no se debate, dado que desde un enfoque integral de salud se necesitarían modificar y/o resignificar varios conceptos y, por tanto, reformular la idea sobre los peligros en la salud. En algún caso referido también se mostró que en la práctica se somete a retrasos para realizar el procedimiento e incluso implantar un método anticonceptivo sin consentimiento.

Respecto al derecho a la vida, resulta interesante ver que un importante porcentaje de los/as doctores consultados aún manejan un enfoque biológico y no integral, es decir, su misión es salvar la vida de los embriones, en muchos casos en detrimento de la vida de las mujeres, entendiendo estas vidas como proyectos, metas y deseos, entre otros. Sin embargo, el debate acerca de privilegiar la

vida del embrión o la de la madre ha sido claramente zanjada por la SC, toda vez que ésta asume un enfoque de derecho a la vida progresivo, mediante el cual la vida de las mujeres goza de mayor protección dado que está más desarrollada. Apuntar que no se ha tomado consciencia del carácter vinculante - obligatorio - que tiene la Sentencia Constitucional, por lo que su incumplimiento puede ser considerado como violación a los derechos humanos.

Esto nos estaría mostrando la poca correlación y continuidad que existe entre el derecho a la vida y el derecho a decidir; si bien en constantes ocasiones se hace referencia al derecho a decidir de las mujeres como un aspecto central, el derecho a la vida (de la mujer) no merece la misma centralidad y persisten enfoques conservadores que llevan a la jerarquización de derechos, mostrando que en muchos casos el derecho a la vida del embrión se encuentra por encima del derecho a la vida de las mujeres. Es decir, una vez que la mujer ejerce su derecho a decidir sobre la interrupción de su embarazo, la decisión es aceptada, pero esta decisión choca con barreras basadas en el debate sobre si es más importante la vida del embrión o la de la mujer.

El uso de misoprostol ha incrementado en los últimos años y, en general, esto no se considera negativo desde el personal de salud. Por esta razón, todos/as mencionaron que cuando las mujeres acuden a los centros de salud con algún tipo de complicación post aborto, siempre se las atiende sin distinción, y en ningún caso se consideró la posibilidad de denunciarlas. Sin embargo, en la mayoría de los casos resultan procedimientos aislados que no son acompañados por apoyo psicológico y tampoco por orientación sobre el uso de anticonceptivos; en pocos casos, principalmente centros privados, se ofrece un servicio integral a las mujeres, que incluya consulta psicológica, orientación por trabajador social, etc.

Otro dato importante es que gran parte de los centros visitados no cuenta con el equipamiento necesario para proceder con una intervención quirúrgica cuando se presenta una mujer con riesgo post aborto, razón por lo cual se las deriva a centros de salud de segundo o tercer nivel, lugares donde se hace referencia que muchas veces sí son discriminadas.

En relación a la atención diferenciada para adolescentes, no todos/as sostienen tener las capacidades institucionales y técnicas para poder implementar protocolos distintos cuando las pacientes son menores de edad, aunque en muchos casos si se hizo referencia a algunos procedimientos específicos cuando se las orienta sobre métodos anticonceptivos o cuando están embarazadas. Donde sí se observan las mayores falencias es en el grado de autonomía que tienen las adolescentes respecto a sus familias cuando se trata de tomar decisiones sobre sus cuerpos. Muchos/as doctores aún solicitan la presencia de un familiar y/o tutor para la ILE (aunque la SC elimina este requisito), y/o para consultas pre natales.

Existe una fuerte conciencia respecto a la importancia de la orientación que deben recibir las adolescentes, aunque, una vez más, resalta la diversidad de enfoques que tienen estas orientaciones, dado el desconocimiento de protocolos o la falta de implementación de los programas existentes, donde se deberían aplicar conceptos y enfoques comunes.

Finalmente, mencionar que los avances más importantes, aunque no todos, se registran principalmente en los centros de salud privados, donde observamos una mayor apertura a la adopción del enfoque de derechos, líneas institucionales que se transforman en protocolos de atención integral, y personal capacitado para la atención diferenciada. Por tanto y a nivel general, queda pendiente cerrar brechas entre discursos y prácticas, adoptar enfoques comunes, acompañar el avance normativo con acciones que garanticen a las mujeres el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, romper falsos debates para asumir el derecho a la vida de manera progresiva, y romper las cadenas conservadoras y un sentido común que persiste machista.

BIBLIOGRAFÍA

Aliaga, Sandra. et. al (2011). Situaciones evitables: Embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia. OMS, Bolivia.

Católicas por el Derecho a Decidir (2014). Espiral del silencio en torno al aborto en Bolivia. Bolivia

---------- (2009). *Situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos en Bolivia*, en: Examen Periódico Universal del Estado Plurinacional de Bolivia. Bolivia

CEDAW (2015). Como enfrentar la discriminación contra la mujer en Bolivia. ONU MUJERES. Bolivia

Campaña para la Convención interamericana Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2011). Propuesta de Convención Interamericana sobre los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

Decidir nos hace libres (s/f). El derecho de las mujeres a decidir. Consideraciones en torno al aborto. España

Díaz, Isabel (2013). Mujer y aborto: por el derecho a decidir. Chile

Federación Internacional de Planificación de la Familia "IPPF" (2015). Salud y derechos sexuales y reproductivos: la clave para alcanzar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Inglaterra

Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia (2009). Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Bolivia

---------- (2013). Ley 348 "Para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia". Bolivia

Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (2014). Plan Municipal de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Bolivia.

Ipas Bolivia (2014). Alcances de la sentencia constitucional Nº 0206/2014. Bolivia

Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Estadística (2016). Estudio Nacional de Mortalidad Materna. Bolivia

Ministerio de Justicia (2009). Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos: Bolivia Digna para Vivir Bien 2009 – 2013. Bolivia

Ministerio de Salud y Deportes (2008). Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2008 – 2013. Bolivia

---------- (2009). Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015. Bolivia

---------- (2013). Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes. Bolivia

---------- (2015). Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual. Bolivia

ONUSIDA. Derechos sexuales y reproductivos. Extraído de: http//onusida.org.co/der_sex_rep.htm

Tribunal Constitucional Plurinacional (2014). Sentencia Constitucional Nº 0206/2014. Bolivia

UNFPA (2015). Derechos sexuales y reproductivos: Un enfoque desde adolescentes y jóvenes. Nicaragua

Rodríguez, Lilia (2008). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos. Argentina

Zurutuza, Cristina (2014). A 20 años de la conferencia del Cairo: Balance del cumplimiento del programa en trece países seleccionados de América Latina y el Caribe, CLADEM. Perú

ANEXO 1

Composición de la muestra

El trabajo de campo fue realizado entre el 8 de septiembre y el 11 de noviembre, en las ciudades de Cochabamba, Trinidad y La Paz. Se entrevistó un total de 14 personas que trabajan en centros de salud públicos y/o privados. La distribución de la muestra es la siguiente:

En Cochabamba se entrevistó a 1 trabajadora social (centro de salud privado), 1 psicóloga (centro de salud privado), 1 doctora general (centro de salud público) y 1 ginecóloga (centro de salud privado).

En Trinidad se entrevistó a: 2 ginecólogos (centros de salud públicos), 1 enfermera (centro de salud privado), 1 psicólogo (centro de salud privado).

En La Paz se entrevistó a: 3 ginecólogas (centros de salud públicos), 1 ginecólogo (sociedad de ginecología de Bolivia), 1 ginecólogo (centro de salud privado), 1 Doctora (centro de salud público).

ANEXO 2

Sistematización de entrevistas

Datos generales				Métodos anticonceptivos			Sentencia constitucional
Sexo	Ciudad	Tipo de servicio	Años de experiencia	P 1	P 2	P 3	P 4
Masculino	Trinidad	Público	22	Si, aunque se que no en todos los centros se lo hace. Para poder educar y orientar a las mujeres sobre métodos anticonceptivos el profesional de salud debe formarse primero.	Depende de la paciente, uno la orienta y puede sugerir cuales son más adecuados para la paciente pero se le explican todos y ella decide. Yo no pregunto a mis pacientes el número de parejas que tienen, el médico tiene que ganarse la confianza de las mujeres y ellas acaban contando cuando se sienten cómodas. Los métodos definitivos son decisión de la mujer, ella puede negociarlo con su pareja pero el médico solo necesita la solicitud de la mujer.	No, no se espera la solicitud. Es obligación del médico orientar a las pacientes	Me parece bien, al final son las mujeres las que deciden. Si una mujer ha decidido que no quiere tener un hijo nadie la va convencer de lo contrario y ella va abortar como sea. Yo se que al año el aborto se va legalizar en el país. Acabo de llegar de una capacitación en Uruguay sobre el uso del Misoprostol. Aunque ojo, nosotros como médicos siempre tenemos que tender a que se siga con el embarazo.

Femenino	Cochabamba	Público	12	Si, sobre todo orientación sobre planificación y controles prenatales. Los derechos más importantes son el de elegir si desea un embarazo, no ser discriminado, no tener violencia dentro de la familia, decidir si quiere una planificación quirúrgica, derecho de adquirir un dispositivo intrauterino	Se les orienta en todos los métodos y ellas eligen, se les menciona beneficios y efectos colaterales. Es mejor decidir en pareja, si el esposo es una persona accesible se le sugiere que consulte con él. Es importante también la edad, se comienza con algo sencillo y se ve la tolerancia que su cuerpo tiene al mismo. A las personas que tienen una libertad sexual se les aconseja "T" de cobre porque da más libertad, no causa molestias. Se les obliga a realizarse "Papanicolaou" una vez al año, y se o aplica cuando esté libre de gérmenes. En adolescentes condón y píldora ya que son sus primeras relaciones	Informarle es parte del protocolo	Estoy de acuerdo ya que hasta que se dicte la sentencia pasa demasiado tiempo, el embarazo no planificado deja muchas secuelas entre ellas el rechazo, la depresión post-parto
Femenino	Cochabamba	Público/ Privado	20	Todas las actividades que realizamos transversalizan los derechos sexuales y reproductivos, todo el tiempo promovemos. Todos son importantes, no se puede obviar a ninguno, si se hace mayor énfasis en algunos, privacidad, confidencialidad hablando de la interrupción del embarazo.	No inducimos al que nos parece el adecuado, le damos la información de toda la gama de métodos anticonceptivos pero hacemos énfasis en el preservativo en todos los casos como doble protección para evitar embarazos y para evitar las ITS independientemente de que sea activa o no activa. La idea es no cuestionar ni juzgar el comportamiento sexual, le indicamos que puede estar más expuesta a contraer las IT.	Es parte del servicio, se lo promociona todo el tiempo en sala, pueden acceder al servicio de orientación para recabar información	Yo sensibilizo constantemente al personal sobre el cumplimiento de esta sentencia, aquí hay mucha objeción de conciencia por parte del personal médico para respetar este derecho de las usuarias. Estoy plenamente de acuerdo como persona pero como institución me rijo a las políticas pero hay amplitud, hay un gran avance

Femenino	Cochabamba	Publico/ Privado	10	Se les presenta toda la información completa y recomienda de acuerdo a las recomendaciones que proporciona la doctora, algunos son mejores para jóvenes y otros para adultas, posteriormente hay una revisión por parte de la especialista y se le recomienda el método que utilizará de acuerdo al diagnóstico, luego dependerá de su organismo para saber si es adecuado o no, como método de prevención de las ITS se les recomienda y proporciona el preservativo			

Femenino	Cochabamba	Público/ Privado	20	Nuestra misión/visión se basa en promover los derechos humanos y específicamente los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. No se pueden escoger los derechos, todos son importantes, para algunas personas serán algunos en su momento y otros en otro momento pero se deben respetar todos.	Primero se le pregunta acerca de lo que ¿qué es lo que realmente espera? ¿Qué espera del método? ¿De qué quiere protegerse? Se la orienta pero es ella quien decide. Si es adolescente, casada o tiene muchas parejas no hay diferencia, solo se hace mayor hincapié en que las adolescentes utilicen métodos anticonceptivos ya que en su plan de vida no está tener un hijo.		Nos encontramos en el proceso de sensibilización, se trabaja con orientación de opciones hace mucho tiempo, se trabaja el antes y el después, aquí no se realizan interrupciones, el sistema es el problema, en Cochabamba no hay tanto apoyo como en otras ciudades, nos encontramos en proceso para cambiar eso

Masculino	Trinidad	Público	18	Si se promueven, promovemos la orientación y planificación familiar, en este consultorio se lo realiza cuando hay oportunidad, pero NO contamos con un espacio específico con psicólogo	Cuando los padres se encuentran y se trata de una adolescente se presentan mentiras, ellas mayormente utilizan el anticonceptivo de emergencia, se observa y escucha que en sus centros educativos no se les explica adecuadamente, existen muchos tabús por parte de los profesores, madres de familia. Respeto a los métodos anticonceptivos definitivos se los solicita por la "paridad satisfecha" (que tienen más de 4 hijos) , por un tema de salud se lo oferta a partir de los 30 años, según las leyes la decisión es en pareja pero la que viene a consulta generalmente es la mujer y la decisión es de ella	Es parte del protocolo de la consulta ofrecer métodos anticonceptivos pero se han presentado problemas en la técnica de colocación, no todos son capacitados y muchos no llegan a los primeros niveles, lastimosamente ya no se los oferta de forma gratuita	Tiene que llevarse a cabo porque todo se trata de la salud de la madre, en algunos centros es un tabú y se estigmatiza al personal de salud que lo realiza

Femenino	Trinidad	Público/ Privado	9	Si se promueven, sobre todo el derecho a decidir y utilizar un método anticonceptivo, es una decisión propia que no depende ya de la pareja pero en muchos casos la pareja no se entera	Los métodos dependen de la paciente, se le explica todos los métodos pero ella elige. El tratamiento es el mismo con las pacientes, con la diferencia de que la adolecente se fija más en los efectos secundarios. Respecto a los métodos anticonceptivos definitivos se presentan más en los hombres, en el caso de las mujeres se pide en muchos casos la opinión y el consentimiento de la pareja		Es correcto, antes las denuncias tenían procesos muy largos y terminaban cuando pasaba el tiempo en el que se puede realizar la interrupción
Masculino	Trinidad	Público/ Privado	11	Es la misión y objetivo principal como institución, en hombres y mujeres principalmente en situación de vulnerabilidad	Para cada paciente existirá una forma diferente de orientarla y ayudarla a elegir un método de planificación familiar, todos deben recibir información, es parte del protocolo, tiene que ver con antecedentes biológicos, metas, y luego se le da la disponibilidad para que ella elija. Respecto a los métodos anticonceptivos definitivos nosotros le damos la orientación pero no se realiza la intervención, se realizan solamente vasectomías sin bisturí, el requisito es que esté segura de su elección por lo que se la orienta y brinda la información necesaria al respecto. Se respeta su decisión tenga la edad que tenga, es su derecho a decidir.	Es parte del protocolo de la consulta.	Sí, es un avance muy grande para evitar muertes, antes pasaba demasiado tiempo, el hecho de que solo necesite una copia de la denuncia facilitará muchísimo el proceso, aun así falta difundir la información, muchos proveedores de servicio no conocen a cabalidad en que consiste, existe un encubrimiento moral

Femenino	La Paz	Público	5	Si se promueve, los derechos más importantes son el derecho a decidir cuantos hijos tener y en qué momento, si se los informa pero de ahí a que la paciente los tome en cuenta varía mucho	Dependiendo de la edad pero en sí se les recomienda todos, se les da el pos y el contra de cada uno de los métodos anticonceptivos, la eficacia, pero depende totalmente de ella cuál va a ser. Cuando se trata de un método anticonceptivo definitivo se trabaja con la trabajadora social cuando solicitan ese método, aquí se les indica cómo va a ser la cirugía y se les hace firmar un consentimiento	Cuando la paciente indica y pide la orientación, las pacientes no vienen siempre con esas dudas, aquí nos evocamos más a controles pre-natales	El personal médico recibió una capacitación y se presentaron opiniones diversas , personalmente no me parece, mas por mis creencias religiosas, yo no lo haría, aquí nos dijeron que ante la presencia de la denuncia deberíamos hacerlo, que incluso si eran menores de edad no necesitaban acudir con los padres y debía interrumpirse, no estoy de acuerdo.
Femenino	La Paz	Público	3	Si, pero es limitado ya que la mayoría de los pacientes que se presentan son solamente del sector.	Se presentan todos los métodos y se aconseja que conversen en pareja, la gente es de escasos recursos económicos y muchas veces tienen mentalidad machista, cuando se trata de métodos anticonceptivos definitivos se deriva a trabajo social, se firma el consentimiento por parte de la paciente y por parte de los doctores.	Se lo menciona cuando la paciente lo pide, muchas veces se las deriva a trabajo social para que se las oriente.	Estoy de acuerdo, con la emisión del documento del juez que cerciore el inicio del trámite se lleva a cabo la interrupción.

Masculino	La Paz	Público	35	Si, se trabaja en la parte de anticoncepción y la parte ginecológica, lo que no se hace es la parte diferenciada a adolescentes.	Hacemos la parte de orientación se le muestran todos los métodos especialmente los modernos por la efectividad y ella es la que elije. En caso de que tenga varias parejas se le sugiere explicándole el por qué. Respecto a la anticoncepción definitiva se la realiza a solicitud de la paciente respetando los derechos de las mujeres, pero se tienen algunos tropiezos con algunos médicos cuando se trata de una paciente que no tuvo hijos aún y se le niega pero personalmente las oriento y ellas eligen. No se le pide autorización de la pareja, la que decide es ella. Lo mismo para adolescentes explicándole siempre cuales son las consecuencias.	Es parte del protocolo de una consulta.	Estamos totalmente de acuerdo, son casos puntuales, en ningún momento tengo objeción, pero se conocen colegas que tienen objeción de conciencia, en el hospital no. En caso de negación se debe justificar correctamente.

Femenino	La Paz	Público	9	Son casos individuales y delicados, todos debemos conocer el tema en sí, pero partimos de que es una vida, los doctores por parte ética no lo aceptan, ellos orientan a la persona y luego refieren, hace falta el trabajo psicológico para manejar la culpa. Muchas veces las personas se cohíben de poder elegir, aquí en la red estos casos se trabajan con trabajo social. Se han presentado casos esporádicos en ambos casos (abuso sexual, riesgo para la madre y/o bebé).	Para métodos anticonceptivos definitivos aún se necesita la autorización de la pareja, las mujeres lo solicitan, quieren tener un acuerdo mutuo y consentimiento firmado por ambas partes.	Es parte del protocolo de una consulta, incluso los médicos mismos son los que indagan, consultan y observan.	Son casos individuales y delicados, todos debemos conocer el tema en sí, pero partimos de que es una vida, los doctores por parte ética no lo aceptan, ellos orientan a la persona y luego refieren, hace falta el trabajo psicológico para manejar la culpa. Muchas veces las personas se cohíben de poder elegir, aquí en la red estos casos se trabajan con trabajo social. Se han presentado casos esporádicos en ambos casos (abuso sexual, riesgo para la madre y/o bebé).

Femenino	La Paz	Público	19	Si, porque se hace enfoque a lo que es la libre elección de la mujer, capacitaciones en los colegios en la orientación y prevención. El derecho más importante es la prevención a la vida.	Se le oferta todos los tipos de anticoncepción que tenemos, implante, tabletas, regla de horario, DIU, trimestral y abstinencia. Nosotros ofertamos todos los tipos pero orientamos de acuerdo a la edad viendo la preferencia de la paciente, ella es la que elige al final. Respecto a la anticoncepción definitiva, en el centro no realizamos la ligadura de trompas, se deriva a otro hospital. Lamentablemente siguen pidiendo la autorización del esposo o cónyuge.	Parte del protocolo de una consulta y se lo difunde onstantemente en otros espacios.	Tengo una opinión encontrada, si existió un abuso es difícil encontrar una solución en 24 horas, el reglamento indica que se puede realizar el aborto si la denuncia está hecha en las 24 horas, hay que ver la parte psicológica de la paciente, no es lo mismo que la violen o que ella decida abortar, si nos damos cuenta ella se sentirá mal por haber abortado, es doble lesión, es difícil determinar la forma correcta de esto.

Masculino	La Paz	Público	30	Si, desde siempre, tenemos trabajando 25 años educando a las mujeres en sus derechos como el uso de métodos, en otras partes les condicionan la autorización de la pareja, aquí no, fomentamos la libre desición y el derecho a autocuidarse. No hacemos diferencias respecto a las edades, muchas veces se colocan métodos anticonceptivos a adolescentes sin tener el permiso de sus padres porque en varias ocasiones se los niegan.	No se hace distinción respecto a la edad, lo que mas se demanda es la T de cobre, cuando se trata de métodos anticonceptivos definitivos no se requiere la autorización de parte de la pareja, es la mujer quien lo decide y aquí respetamos su desición.	Por cualquier consulta que la usuaria acuda al servicio brindamos la orientación gratuitamente en lo relacionado a los derechos sexuales y reproductivos.	La realidad es otra, de alguna manera se contribuye para la difusión de la sentencia, han estado viniendo casos y nosotros colaboramos en ese trámite para que realmente se pueda dar el servicio como dice la sentencia en 24 horas, sin embargo se tardaron como 2 semanas, cosas que internamente en los hospitales se normaron, se deben realizar juntas médicas, consultar con el abogado. Todavía a pesar de esa difusión que se hace, se buscan excusas para demorar el proceso y tener un justificativo para no hacerlo porque salió de la norma. La causa principal es la doble moral. Aunque también se presentan objeciones por parte de la policía que muchas veces direcciona y trata de que las mujeres no realicen la interrupción. Nosotros tratamos de que se difunda la sentencia en diferentes espacios, reuniones de la zona, programas impulsados por la alcaldía para poder coordinar y mejorar el servicio.

Datos Generales				Interrupción Legal del Embarazo			
Sexo	**Ciudad**	**Tipo de servicio**	**Años de experiencia**	**P 5**	**P 6**	**P 7**	**P 8**
Masculino	Trinidad	Público	22	Primero se la orienta acerca de los procedimientos legales que puede seguir. También se le dice que si ella así lo quiere puede interrumpir su embarazo. Si es menor de edad si necesita que la acompañe un adulto.	Se la orienta, se le dice que puede interrumpirlo. Aunque como le dije, nosotros siempre tenemos que tender a que se siga con el embarazo.	No existen procedimientos específicos, se le comunica que no se puede continuar con el embarazo.	Si es una cirugía mayor se la deriva a un hospital de segundo nivel.
Femenino	Cochabamba	Público	12	Explicarle las leyes, explicarle lo que se puede hacer pero es decisión de la persona. Cuando llega una paciente víctima de abuso sexual se le da el anticonceptivo de emergencia, se previene la infección de transmisión sexual. Dependiendo de la edad se busca que se apoye en el entorno familiar. A las adolescentes se les informa sobre todo lo que conlleva un embarazo adolescente y se le solicita que en una siguiente consulta acuda con su pareja (en caso de que la tenga) o con un familiar	Se le informa pero es decisión de la madre, es recomendable que exista una persona de apoyo, muchas veces dejan secuelas psicológicas	La atención es integral, se deriva a un segundo nivel a un gineco-obstetra y un psicólogo	

Femenino	Cochabamba	Público/ Privado	20	Mi principal función es atender a esta usuaria de una manera más sensible por la situación que atravesó, tengo que viabilizar si el asesoramiento va por mi parte pero se trabaja con la parte médica, parte de enfermería para que atendiéndola de la mejor forma no queden secuelas psicológicas que yo creo que la hacen el entorno. Si la víctima es adolescente se debe tener un poco más de cuidado, se presentan problemas con la familia que generalmente tienden a obligar o conducir, el cuidado es para que no exista disconformidad por ambas partes, la situación tiene que ser un poco más sutil pero sin parcializarnos con la familia	Si una usuaria esta insegura se le presentan las alternativas, si quiere recibir terapia psicológica se le deriva el tiempo necesario para conversar respecto a sus miedos, lo que ella decida es lo importante y lo que se respeta	Cuando está en riesgo la vida de la madre no tendríamos que oponernos porque el aborto es legal en dos causales, se debe seguir la norma o protocolo, lastimosamente se presenta la objeción de conciencia, los médicos piensan que están para salvar vidas, pero aquí el personal médico está muy consciente y sensibilizado	
Femenino	Cochabamba	Publico/ Privado	10				
Femenino	Cochabamba	Público/ Privado	20	Se trabaja con psicología, se da apoyo psicológico y legal, cuando la víctima es menor de edad se hace la denuncia, si llegan dentro del plazo se las apoya con el anticonceptivo de emergencia, se ayuda a prevenir las ITS		Se las orienta para que se realicen la interrupción legal del embarazo, es incompatible con la vida	Nos encantaría poder realizar un seguimiento físico y psicológico pero ellas se rehúsan a hacerlo, resuelven su problema y desaparecen

Masculino	Trinidad	Público	18	Se la transfiere a otro centro de salud (materno), aquí no se cuentan con las condiciones necesarias para realizarlo	Se la deriva porque las salas son intransitorias (no más de ocho horas)		No se realiza un seguimiento, solo se pide que nos envíen la boleta de contra referencia
Femenino	Trinidad	Público/ Privado	9	Se deriva al SLIM, si se constata que está embarazada y se realiza la denuncia nosotros estamos con toda la predisposición de realizar la interrupción, se cuenta con quirófano y se realiza. No se han presentado casos de menores de edad No se han presentado casos pero se necesitaría que un familiar la acompañe.	Se maneja la orientación de opciones, es un tema que se orienta a todas las mujeres no solo porque hayan sido víctimas de abuso, se manejan las opciones de que siga con el embarazo, lo de en adopción o se provoque el aborto explicándole los riesgos	No se presentaron casos pero se le orienta acerca de las opciones también, pero es decisión de ella	Solo si la paciente acude nuevamente al centro de salud
Masculino	Trinidad	Público/ Privado	11	Se realiza la reducción de daños, incluso sin antecedente de haber sido abusada, pero en caso de que si exista se le explica que puede decidir, que está en su derecho interrumpir el embarazo. Lastimosamente existe el temor de realizar la denuncia y ese es el problema pero se le brinda las opciones		Se hace una referencia a un centro de segundo nivel pero se le da la información de que en Bolivia no está penalizada la interrupción del embarazo pero la atención es en el hospital materno	Se registran sus datos y en alguna oportunidad se las busca para ofertarle una consejería después de una intervención post aborto o interrupción y se le entrega de manera gratuita si ella decide un método anticonceptivo

Femenino	La Paz	Público	5	En caso de abuso la mandaría a orientación, aquí no tenemos orientadora pero si psicóloga y trabajadora social pero si me dijeran que yo tengo que interrumpir ese embarazo no lo haría, lo derivaría a mi jefe o a otro ginecólogo	Se la deriva a psicología o trabajo social	Se deriva a psicología o trabajo social	No se me han presentado casos, talvez antes porque yo estoy aquí hace un par de meses.
Femenino	La Paz	Público	3	Se les ofrece la consejería de trabajo social y si el abuso sexual fue inmediato se les proporciona el anticonceptivo de emergencia.	Se trabaja conjuntamente con trabajo social sobre todo en esos casos, pero no se presentaron hasta ahora.	Si existe riesgo materno se realiza una junta médica con ginecología, dirección y jefatura médica autorizando la interrupción del embarazo.	Se les solicita que acudan a una próxima consulta para cerciorar que el procedimiento haya sido el adecuado, se trabaja conjuntamente con trabajo social.
Masculino	La Paz	Público	35	Se trabaja en equipo, se hace incluso la parte De contención emocional, se le apoya totalmente, se le explica cómo se le realizará la interrupción del embarazo, si no tiene la sentencia existe orientación de cómo hacer la denuncia, se hace la recolección de muestras, desgarros, prevención del embarazo e infecciones.	Se la deriva a la psicóloga o trabajadora social	Los médicos realizamos una junta médica y decidimos interrumpir el embarazo, con el reglamento tenemos más respaldo legal.	Desde el punto de vista clínico se le hace una revisión a la semana, luego se la deriva a la psicóloga o trabajadora social. Todos respetan los derechos sexuales y reproductivos. Para adolescentes según la norma no es necesaria la autorización de un adulto, pero generalmente llegan con algún familiar.
Femenino	La Paz	Público	9	Se presentaron muy pocos casos donde se la transfiere a otro centro de salud para que si ella lo decide se le realice la interrupción.	En caso de duda se trabaja directamente con trabajo social donde recibirá orientación que la ayudará a decidir.	Mencionarle los riesgos que puede tener ella o el bebé, transferirla a otro centro de salud	Son pocos los casos pero trabajo social es quien hace seguimiento, para ver dificultades, que siga asistiendo al centro de salud

Femenino	La Paz	Público	19	No se presentaron casos, me pondrían en una situación difícil, estoy en contra del aborto, el concebir un niño es lo más maravilloso.	Siempre hay maneras para salir adelante, mas cuando se tiene un bebé, trataría de impulsarla a que continúe con el embarazo y siempre orientarla para el uso de métodos anticonceptivos.	Ahí tal vez, pero pienso que no se debería dar el aborto porque hoy en día hay mucha difusión de información y hay muchas formas de prevención.	No contamos con el material indicado para realizar el procedimiento, pero es muy importante que las pacientes se realicen los controles posteriores, también la parte emocional, psicológica debe ser tratada.

Masculino	La Paz	Público	30	Se les orienta respecto a los derechos que tienen sobre todo el derecho a decidir si tener el hijo o no, cuando se trata de adolescentes se ofrece acompañarlas y orientar a los padres.	Se la orientaría respecto a lo que significa ser madre ylas condiciones adecuadas en las que debería crecer el niño, luego por malas desiciones se ven bebés maltratados o incluso se los encuentra en los basureros de recién nacidos. En caso de que se realice la interrupción el protocolo dice que debe colocarse un método anticonceptivo.	Precisamente tuvimos una paciente con un cuadro de parálisis de sus músculos, ella estuvo embarazada, le informamos que el embarazo era riesgoso para el bebé y se realizó una carta con certificación médica, corroborada con ecografías indicando que se debía realizar la interrupción legal del embarazo. Lastimosamente era fin de año y las personas estaban de vacaciones, entonces la usuaria tuvo que insistir mucho y esperar 4 semanas para que se le practique el procedimiento, posteriormente se le vulneraron los derechos porque se le obligó a que se le coloque el implante anticonceptivo, mínimamente se debería consultar acerca del caso.	En algún momento se contaba con servicio de psicología, se contaba con un línea confidencial, se encargaban de la contención emocional de las usuarias, definitivamente es importante, ahora nosotros lo hacemos, lastimosamente no es muy técnico ni profesional pero podemos orientar adecuadamente. Derivando a otros centros se vió mucha discriminación sobre todo por su color y economía.

Datos Generales				Riesgo post aborto	Embarazo adolescente
Sexo	**Ciudad**	**Tipo de servicio**	**Años de experiencia**	**P 9**	**P 10**
Masculino	Trinidad	Público	22	Se lo registra como aborto incompleto. La verdad es que ahora se ha puesto más fácil, las mujeres ya vienen abortadas y a lo mucho vienen con hemorragias (uso de misoprostol). Pero en ese momento es obligación del médico que la mujer salga del consultorio con un método anticonceptivo, la primera puede ser por descuido de la mujer, pero si tiene un segundo aborto es entera responsabilidad del centro de salud por no orientarla sobre cómo cuidarse después de la primera experiencia.	Paciente es paciente, no se hace distinciones y no hay protocolos específicos para adolescentes. Lo que si es necesario es abrir más medios para llegar a las y los jóvenes no sólo para enseñarles sobre métodos anticonceptivos sino también para cambiar su actitud rebelde asociada a su edad.
Femenino	Cochabamba	Público	12	Nos basamos en los protocolos, se manda a sacar una ecografía inmediatamente, se deriva a un segundo nivel para que hagan una limpieza, legrado. Esas son las vías. Si se puede. Se lo registra como aborto incompleto y restos placentarios	A las adolescentes se les informa sobre todo lo que conlleva un embarazo adolescente y se le solicita que en una siguiente consulta acuda con su pareja (en caso de que la tenga) o con un familiar

Femenino	Cochabamba	Público/ Privado	20	Se procede a valorarla y reconocer nuestras limitaciones, nosotros no podemos realizar el legrado intrauterino, si no tenemos las condiciones debemos referir, esto en casos de infección y hemorragia, nosotros no contamos con quirófano o medicamentos adecuados, ella debe exigir porque es su derecho ser atendida independientemente de lo que otros profesionales en salud vayan a pensar	Todo el embarazo adolecente pasa por orientación, si ella decide continuar con el embarazo se la orienta hacia los cuidados que debe tener y las responsabilidades que debe asumir, como trabajar y confrontar la situación con los papás, la importancia de acudir a un centro donde pueda ser respaldada económicamente, con la pareja, asistencia familiar si lo requiere sin tener que casarse o convivir obligatoriamente pero que la pareja sea corresponsable para que pueda ser apoyada, necesitan mucho apoyo afecto. Se trabaja en su plan de vida, lactancia materna, método anticonceptivo en un futuro y si se requiere apoyo psicológico se la deriva
Femenino	Cochabamba	Publico/ Privado	10	Los derivamos porque no contamos con quirófanos para evitar riesgos de hemorragias o infecciones, como centro de salud de primer nivel no podemos cubrir esa necesidad. Si es necesario se acompaña a la paciente y se hace un seguimiento dependiendo de la situación porque muchas veces son juzgadas, la parte médica es muy fría	Capacitación y sensibilización, transmitir confianza y posteriormente brindarles información oportuna y clara también les informamos acerca de los riesgos y si deciden realizarse una interrupción del embarazo les damos la opción de volver después, las jóvenes lo hacen pero les pedimos que después vuelvan
Femenino	Cochabamba	Público/ Privado	20	Se presentan pacientes con abortos mal realizados pero aquí solo se trabaja en consulta, se las deriva a otro centro de salud	Siempre se trabaja de la mano de servicios educativos, el trabajo que se realiza aquí es en equipo

Masculino	Trinidad	Público	18	Se presentan varias pacientes que se han realizado el aborto pero generalmente lo hacen con pastilla, es provocado y eso conlleva consecuencias como hemorragias, en esos casos aquí en primer nivel no se cuentan con las opciones para hacerlo si han pasado las 8 semanas de embarazo, en caso de que lleve más tiempo se realiza una transferencia a otro centro de salud. Se lo registra como aborto provocado y en observaciones e coloca que se la transfirió	
Femenino	Trinidad	Público/ Privado	9	Cuando se presentan hemorragias se la deriva a ginecología y ecografía y se la médica y se le vuelve a realizar la interrupción. No se presentaron denuncias	Aquí las jóvenes lo aceptan de mejor manera, en el colegio se permiten estudiantes embarazadas. Las adolescentes no buscan orientación, se presentan mujeres mayores a 22 años
Masculino	Trinidad	Público/ Privado	11	Se atienden las hemorragias siguiendo los protocolos del ministerio de salud en la primera mitad del embarazo independientemente de la causa. No se le niega la atención a nadie, se realiza el procedimiento del AMEU	Cada solicitud de prueba de embarazo se la devuelve con una orientación, ella es la responsable de entregar el informe, se conversa con la paciente o pareja y se trata de indagar si fue planificado, la mayoría de las veces no fue buscado, pero de acuerdo a eso se hace una orientación de opciones, cuando son menores de edad se indaga si no existió un abuso sexual
Femenino	La Paz	Público	5	De acuerdo al protocolo, no porque se lo haya realizado en otro lugar no se la atenderá, observar si es un aborto séptico o hay alguna infección y completar el proceso. Se lo registraría como aborto incompleto o restos post-aborto extra institucional.	Haría lo mismo, trabajamos con trabajo social y psicología, aquí se la orienta, se le realizan sus controles prenatales, de preferencia que acuda con los padres porque muchas veces no se presenta la pareja y hablar con los padres, se involucra a la familia. Aveces vienen con muchas dudas las niñas, acerca de enfermedades de transmisión sexual, en caso de embarazo se realizaría una cesárea porque el trabajo de parto puede ser riesgoso para ellas por la falta de desarrollo.

Femenino	La Paz	Público	3	Se las deriva a emergencias para solucionar el caso y se lo registra como aborto incompleto o séptico	Se les brinda consejería mediante trabajo social.
Masculino	La Paz	Público	35	Nosotros atendemos e intentamos resolver el problema de acuerdo a la complicación presentada, infecciones, dolores, dispareunias, infertilidad. Antes la mujer era estigmatizada, llegan por día alrededor de 5 mujeres por día con abortos inducidos e incompletos, nos interesa resolver el caso. Se lo anota como aborto incompleto.	Una gran mayoría es adolescente, el apoyo que se tiene es de trabajo social y de psicología para cuando están embarazadas, se le da la información correspondiente, se presenta mucho temor al comienzo se utilizan las pastillas (misoprostol) en todos los trimestres aunque es más complicado a partir del segundo. Si no es producto de un abuso sexual igual se la orienta con trabajo social y psicología recibe la colaboración pero no se puede interrumpir en el hospital. Cuando lo quiere tener pero existen conflictos familiares se orienta también.
Femenino	La Paz	Público	9	Como es primer nivel la mayoría de los centros no cuenta con el material ni la parte de anestesiología, sin embargo al transferirla se menciona los peligros que puede haber si acaso no acude inmediatamente. Se lo registra como transferencia hospitalaria.	Es un tema que se maneja en muchos comités, el embarazo en adolescentes ha aumentado bastante , se observa que muchas adolescentes quieren llevar el embarazo hasta el final, se observa tanto en el área rural como urbana, en el área rural se les exige que continúen hasta el final. Nosotros como sector público hacemos la orientación, nos dirigimos mediante publicidad, programas, charlas educativas en los colegios y en los centros de salud. Se trata de que los padres también tomen conciencia, se manejan escuelas de padres para que sepan cómo hablar con sus hijos.

Femenino	La Paz	Público	19	Se presentaron niñas que se había realizado abortos incompletos en lugares clandestinos y una de ellas perdió el útero porque fue a un lugar inadecuado, aveces se preferiría que sea legal para que las niñas no corran riesgo pero se tiene la parte moral y ética, lo que si se hace es darles consejería respecto a los métodos, mas allá de prevenir y explicar no se puede hace mucho. Se registra como paciente de ginecología que tuvo un aborto incompleto.	Este tema es muy controversial, por darles tanta información los chicos se ven con curiosidad, existe un desbalance hormonal que estimula a eso, el embarazo conlleva una carga social de parte de la familia, amigos, colegio, sociedad en si, se despierta de una niñez a una vejez. Se debe sembrar conciencia en los padres para que orienten respecto a los métodos anticonceptivos, esto a través de capacitaciones y que ellos mismos sean capacitadores activos. Lamentablemente no contamos con un espacio especial para tratar con los adolescentes, el médico debe ser más su amigo y en los centros de salud teneos demasiados pacientes y no podemos tratar con la calidad que se merece.
Masculino	La Paz	Público	30	Sabemos como funcionan muchos lugareas así, les realizan el aborto pero no deben volver, incluso si vuelven les hacen juicios por difamación. Aquí no atendimos ningún caso similar.	Cuando se trata de adolescentes se observó que existen muchos problemas de confianza con sus padres, en varias ocasiones ellas acuden temerosas de que sus padres se enteren que piden orientación o algún método anticonceptivo, una usuaria se hizo colocar la T de cobre pero su mamá se la hizo sacar, tiempo después se embarazó y tuvo que escapar de su casa. Nosotros tratamos de brindarles un espacio de confianza y mucha información para que puedan cuidarse.

Observatorio®
DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Católicas
por el Derecho
a Decidir Bolivia
20 años

Alianza
por la
Solidaridad
30
Años

MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo