Diagnóstico de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Bolivia

DIAGNÓSTICO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN BOLIVIA

Es una publicación del Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Teresa Lanza Monje
DIRECTORA DE CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR – BOLIVIA

Responsable de la Sistematización
Tania Nava Burgoa
COORDINADORA OBSERVATORIO DSDR

Responsable de la Publicación
Carmen Tavera
RESPONSABLE COMUNICACIÓN OBSERVATORIO DSDR

Fotografías
Exposición "Una imagen, un Derecho", Andrea Camacho - Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
Obra ganadora de la I Bienal de Arte Femenino - Gabriela Benítez

Impreso en Bolivia – noviembre 2008

Esta publicación se ha realizado con la asistencia financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. 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 Derechos a Decidir Bolivia

Diagnóstico de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Bolivia

Observatorio®

DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

INDICE

Presentación 5

Diagnóstico de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Bolivia 7

Introducción 7

Catálogo de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 7

Derechos Sexuales 8

Derechos Reproductivos 8

Mortalidad Materna 9

Anticoncepción 15

Embarazo Adolescente 21

Cáncer De Cuello Uterino (Ccu) 25

Uterino (Ccu) 27

Causas 29

Its Y Vih/Sida 31

Aborto Clandestino 37

Presentación

Al igual que las sociedades, los Derechos Humanos van en constante progreso; lo que ayer era considerado una aspiración de un grupo de activistas, hoy es un derecho reconocido por los Estados y ejercido por todas las sociedades. Así se fueron construyendo los diferentes contenidos de los Derechos Humanos en general, rescatando singularidades propias de cada lugar; buscando se dignifique la vida de todas las personas, sin distinción alguna.

De la misma forma el carácter de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en el devenir de los años, ha ido forjando caminos para su promoción y defensa que no admiten vuelta atrás, por el contrario plantean retos nuevos para las sociedades y para que defensoras y defensores de Derechos Humanos generen nuevas formas y utilicen nuevos caminos para su consolidación.

Pero para transitar ese camino, es preciso conocer como paso esencial, en qué situación se encuentran los denominados "Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos" en nuestro país, para dimensionar la importancia de conocerlos, reconocerlos y exigirlos. Lo contrario implicaría aseverar que se trata de un tema comprado que no responde a la realidad boliviana, cuando el hecho concreto es que varias vidas humanas se pierden por la invisibilización de éstos derechos y los múltiples obstáculos que, desde diversas vertientes, se hacen presentes para restringir y retrasar el efectivo goce y ejercicio de los mismos.

Para tal efecto, el Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos presenta a ustedes la presente publicación, que pretende informar de manera resumida cuáles son los derechos contemplados en su catálogo y las conceptualizaciones y los datos estadísticos manejados a nivel nacional sobre las problemáticas más preocupantes.

Porque sólo en la medida en que se conozcan los Derechos Humanos, podrán ser ejercidos, les invitamos a reflexionar sobre estas frías estadísticas que forman parte del Estado de Situación de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Diagnóstico de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Bolivia

INTRODUCCIÓN

Una de las formas de demostrar que un Estado pone interés en un tema de Derechos Humanos, es contar con datos estadísticos que posibiliten analizar si ese derecho está siendo atendido oportuna y adecuadamente, disminuyendo así el índice de problemas emergentes a raíz de su invisibilización.

No es el caso de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Bolivia, mismos que en la última década no han sido objeto de interés de los gobiernos de turno, los cuales en algunos casos, no han contemplado su carácter integral y en otros, las medidas no han superado más que las gestiones de gobiernos, sin que hayan existido resultados claros de la puesta en marcha – o no – de las acciones implementadas.

De una u otra forma poco o nada se avanzó en cuanto a garantizar a bolivianas y bolivianos el acceso a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; las razones juegan entre lo absurdo de los fundamentalismos religiosos y políticos, hasta la inadecuada administración de recursos destinados a las esas acciones en el país.

Pero, ¿de qué derechos hablamos cuando nos referimos a Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?

CATÁLOGO DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Citemos algunos Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, considerando que no es una lista cerrada, sino más bien que respondiendo al constante progreso de las sociedades, ésta lista constantemente reconoce más y mejores derechos para dignificar la vida de todos los seres humanos.[1]

1 Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Principios y jurisprudencia que la sustentan. Julieta Montaño Salvatierra. Segunda edición. 2004

DERECHOS SEXUALES

1. Derecho a vivir una sexualidad placentera, responsable y libremente decidida, sin más límites que los expresamente señalados por ley y los derechos de otras personas.
2. El derecho a la integridad corporal y la autonomía en el control del cuerpo
3. El derecho de alcanzar el más alto nivel de salud sexual.
4. El derecho a la confidencialidad en el tratamiento de la sexualidad, particularmente de las y los adolescentes y jóvenes.
5. El derecho de acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde la temprana edad posibilitando el bienestar, el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada.
6. El derecho a acceder a la orientación y consejería, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual – incluyendo el VIH/SIDA, hepatitis B y C, cáncer cérvico – uterino, mamario y prostático.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

1. El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos.
2. El derecho a la elección libre e informada de los métodos anticonceptivos seguros y efectivos, de calidad y costo accesible.
3. El derecho a recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia.
4. El derecho de las mujeres a no ser discriminadas en el trabajo o el estudio por razón de embarazo o maternidad.
5. El derecho de acceder a la orientación y consejería, prevención y tratamiento de problemas de infertilidad, infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico – uterino, mamario y prostático.

MORTALIDAD MATERNA

MORTALIDAD MATERNA

Conceptualización

Por mortalidad materna se entiende[2] como la defunción (muerte) de una mujer durante el embarazo, parto, así como también dentro de los 42 días siguientes al término del mismo a causa de alguna complicación prevenible.
Las principales causas de muerte materna son:

- Hemorragia
- Infecciones
- Complicaciones del aborto
- Hipertensión

Vale resaltar que estas causas podrían ser fácilmente evitadas, ya sea durante el embarazo, en el momento del parto o inmediatamente después.[3]

Datos estadísticos

En Bolivia una de las causas principales para la muerte de mujeres son los abortos mal asistidos. Cuantitativamente dos mujeres mueren por día por un motivo que podría ser prevenido, lo que equivale a 650 muertes por año.

El ENDSA[4] 2003 muestra que existen 229 defunciones por 100.000 mujeres, siendo ligeramente mayor la muerte en mujeres de 25 a 29 años.

Hubieron intentos para atender el problema, como el Programa de Atención a la Salud de la Mujer y a la Salud Sexual y Reproductiva (2003 – 2007) del Ministerio de Salud, el cual fue elaborado con el afán de reducir la incidencia de muertes por abortos ilegales o partos no asistidos. En la práctica, éste programa fue implementado precariamente; no se tiene claridad en cuanto a sus resultados oficiales, ya que el 2005 personeros del Ministerio de Salud aseveraban que el avance era apenas del 29%. Al presente el mencionado programa no existe.

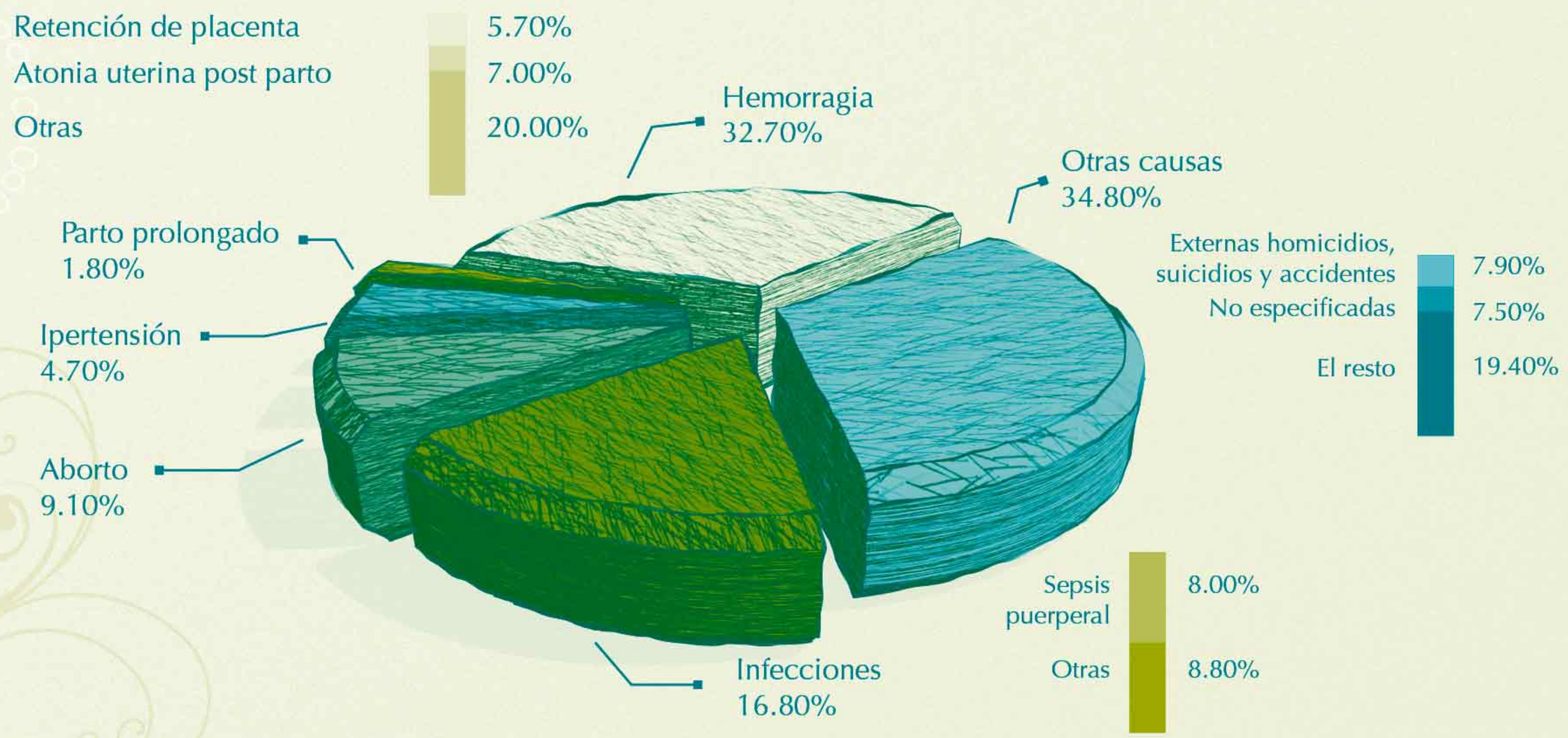
La mortalidad materna ha descendido entre los años 1994 y 2003, de 390 a 230 por cien mil nacidos vivos. Este dato refleja el número de mujeres que han fallecido a causa del embarazo, parto y puerperio en los últimos cinco años.

---

3 FCI. Por una Maternidad y Nacimiento Seguros. 2008
4 Encuesta Nacional de Etnografía y Salud.

A pesar de ello Bolivia continúa siendo el país con la mortalidad más alta de América Latina y el Caribe.

El siguiente cuadro muestra los porcentajes de las causas más comunes de mortalidad materna.



FUENTE FCI - 2008

Este problema aqueja más a mujeres de escasos recursos económicos, de baja escolaridad y sobre todo de áreas rurales. Vale decir que sólo el 57.1% de mujeres dieron a luz en centros de salud. El motivo podría ser porque prefieren dar a luz en sus hogares (práctica cultural) o por no tener acceso a un centro de salud.

El ENDSA 2003 muestra que un 70% de mujeres embarazas recibieron atención pre natal, pero ese porcentaje se ubica en gran medida en las zonas urbanas, las mujeres del área rural no conocen los beneficios o no le tienen confianza.

Un elemento importante a tomar en cuenta es la importancia de atención de parto institucionalizado: mujeres sin esta atención poseen el riesgo más elevado de muerte.

Pero son las mujeres urbanas las que acceden más a éste servicio, generándose una brecha alarmante respecto a las mujeres rurales, quienes tienen 4 veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y post parto.[5]

Educación	2003
Sin educación	25,6
Primaria	46,3
Secundaria	85,3
Superior	96,7

Parto atendido en establecimiento de salud,
según nivel de educación de la madre
FUENTE: ENDSA - 2003

Los niveles más bajos de partos institucionales se encuentran en Potosí y (36,3%) y en La Paz (40,7%).

Departamento	2003
Potosí	36,30
La Paz	40,70
Chuquisaca	50,50
Oruro	53,90
Cochabamba	58,60
Beni/Pando	65,30
Tarija	78,30
Santa Cruz	81,00

Parto atendido en establecimiento de salud,
según departamentos
FUENTE: ENDSA - 2003

5 FCI. Por una Maternidad y Nacimiento Seguros. 2008

ANTICONCEPCIÓN

ANTICONCEPCION

Conceptualización

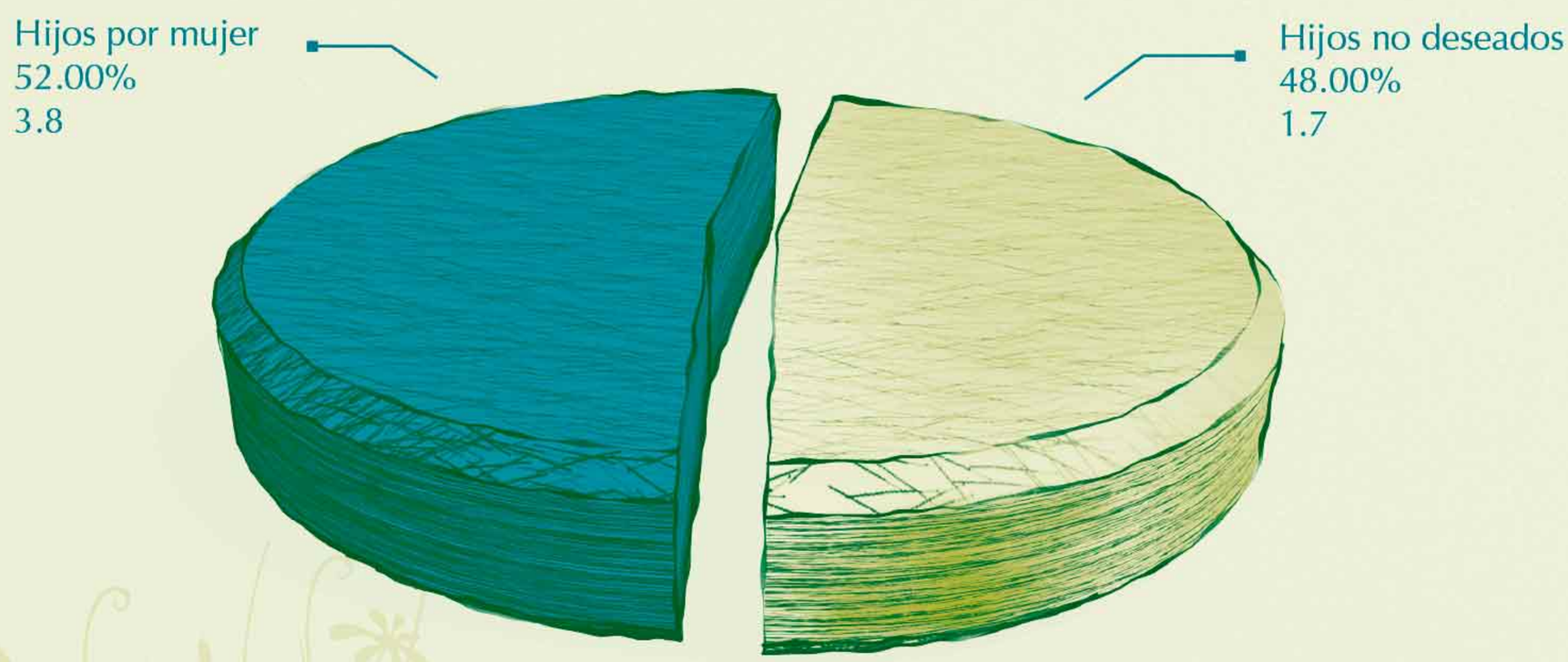
La anticoncepción debe ser entendida como la posibilidad que tienen mujeres y hombres, para decidir cuántos y cuándo tener hijos y con quién tenerlos. Así se planifica la familia que una mujer y un hombre quieren tener, acorde además con las posibilidades económicas y cuidando la salud, sobre todo de la mujer.

Para ejercer este derecho se debe tener al alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia. Así como, del derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico.

En nuestro país, de acuerdo a encuestas demográficas, se ha evidenciado que existe un alto número de mujeres que deseaban tener menos hijos de los que tienen, sobre todo en los municipios más empobrecidos económicamente. Esto sucede por las limitaciones que tienen las mujeres para controlar las decisiones sobre su sexualidad y reproducción, es decir para ejercer libre y conscientemente sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

Nuestro país ha bajado la tasa de fecundidad. Al presente ésta es de 3.8 hijos por mujer, mientras que el año 1998 la tasa era de 4.2; a pesar de ello, la tasa global sigue siendo alta.

Del total de la tasa de fecundidad (3.8 hijos por mujer) el 48% (1.7 hijos por mujer) no es deseada.



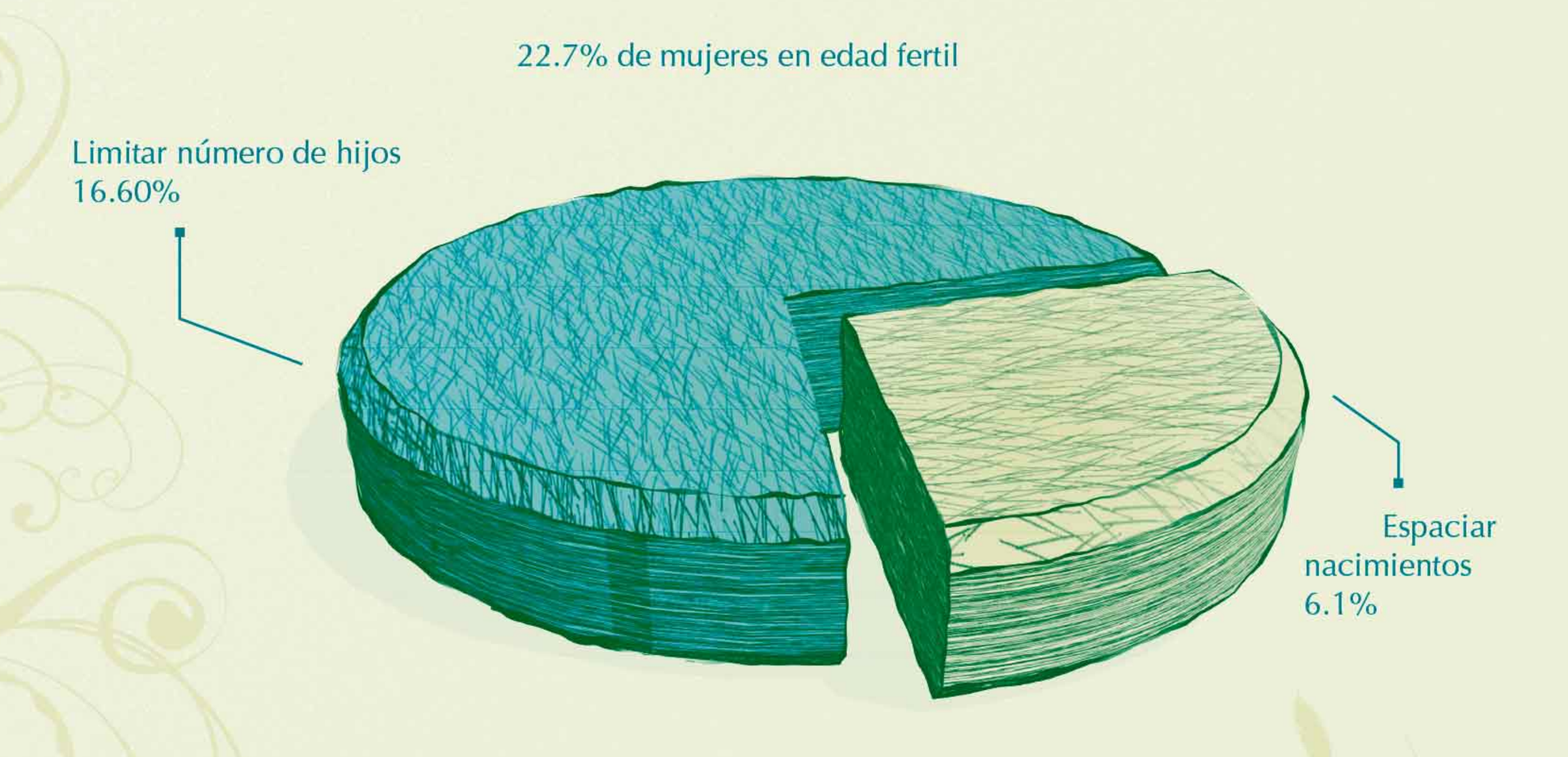
Las bolivianas y bolivianos muestran una preocupación por regular su fecundidad por diversos motivos, siendo el más relevante la precaria situación económica de muchas familias. Aún así, más del 40% de las mujeres no accede a métodos anticonceptivos.

El ENDSA 2003 mostró que las mujeres, tanto de áreas urbanas como rurales, utilizan en mayor cantidad algún método anticonceptivo, con relación al año 1998, sobre todo las mujeres en unión conyugal.

Un 34.9% de mujeres en unión conyugal utiliza algún método moderno de anticoncepción. El método más utilizado es el dispositivo intrauterino (DIU) (10.2%), mientras que los inyectables son utilizables por el 8.0% de las mujeres. Un 6.5% de mujeres utilizan la esterilización femenina o ligadura de trompas. En cuanto a los métodos tradicionales, el ritmo o abstinencia sigue siendo el más utilizado (19%).

De acuerdo a los datos anteriores, vemos que todavía es bajo o insuficiente el nivel de mujeres que utilizan estos métodos, por lo que la necesidad insatisfecha de anticoncepción es alta ya que las mujeres en edad fértil desean espaciar los nacimientos o limitar el número de hijos.

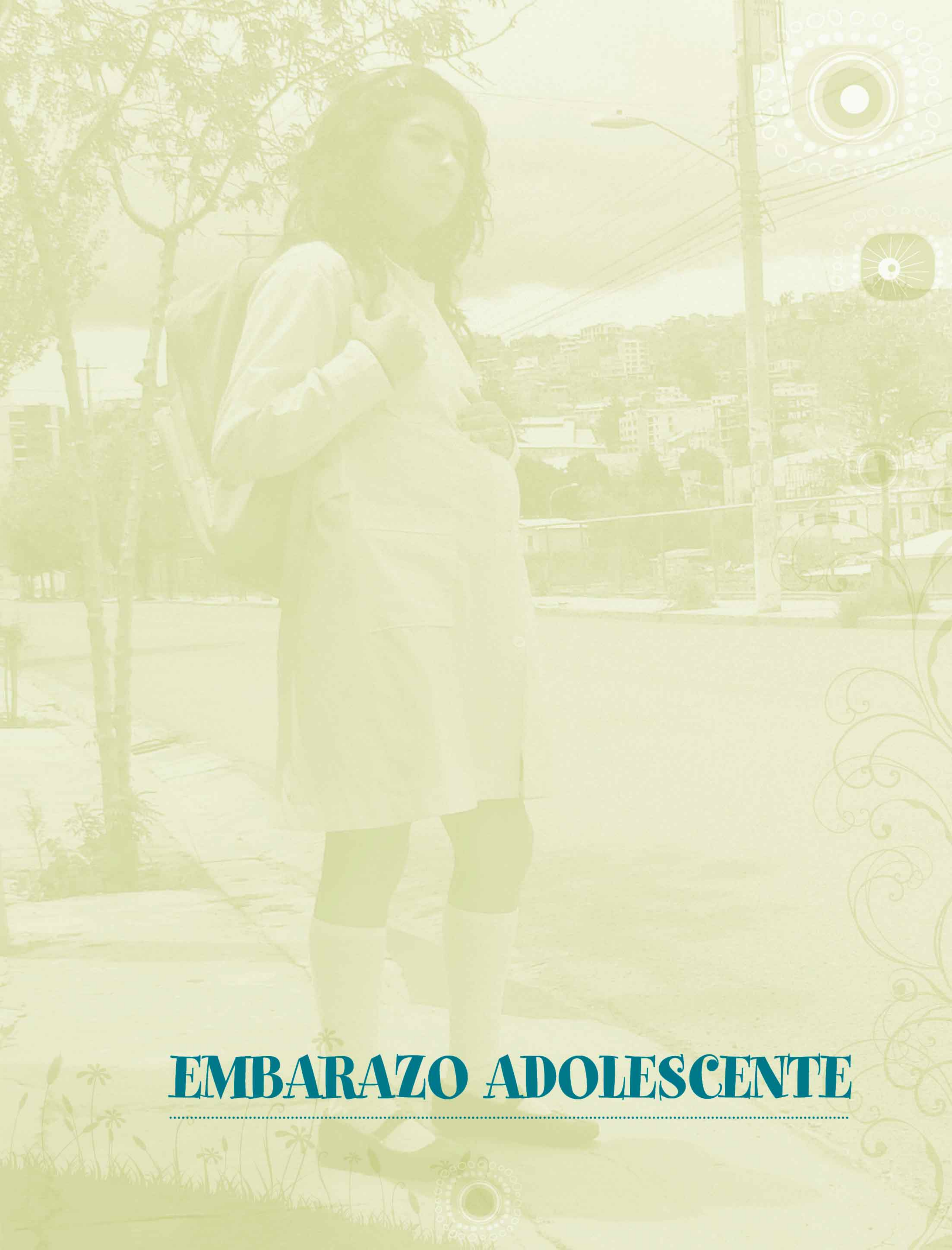
Se establece que del 22.7% de las mujeres en edad fértil sean casadas o unidas, el 6.1% desea espaciar los nacimientos y el 16.6% desea limitar el número de hijos.[6]



6 MESA NACIONAL DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. *"Propuesta para la Constitucionalización de DSDR. Pag. 18*

El poco conocimiento de los métodos de planificación familiar y el difícil acceso a los métodos modernos de anticoncepción, se deben básicamente a los bajos niveles de instrucción, a los bajos ingresos y a factores de discriminación en razón de género y etnia, ocasionando de ésta forma que sean las mujeres indígenas las que presenten las tasas más altas de fecundidad no deseada en el país.

En Bolivia, a penas el 10% de los métodos usados son de responsabilidad masculina, lo que muestra que aún en nuestras sociedades y/o comunidades se mantiene la idea de que la responsabilidad de la fecundidad recae únicamente en las mujeres



EMBARAZO ADOLESCENTE

EMBARAZO ADOLESCENTE

Conceptualización

La adolescencia de acuerdo a lo establecido por la OMS es el periodo - comprendido entre los 10 y 20 años - de la vida en la cual la persona adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socio económica.

Para la presente guía de incidencia, se entiende por embarazo adolescente como el ocurrido dentro de los años arriba descritos.

Se debe entender que una adolescente embarazada tendrá actitudes acordes con su edad, vale decir reaccionará de forma inmadura ante una situación tan compleja como es el embarazo que normalmente se da en una etapa posterior a la adolescencia.

El embarazo adolescente afecta a la sociedad en su conjunto, no sólo a la mujer adolescente quien ve postergados sus planes de vida y pone en riesgo su salud; se trata de un problema de salud pública que muy pocos Estados han encarado de forma seria y sostenible.

Si bien se menciona a la mujer adolescente, en realidad es la pareja – hombre y mujer – la que ve afectada su salud física y psicológica, acompañados además de su familia, comunidad y la sociedad en su conjunto;[7] sin embargo, es la joven mujer la más perjudicada al tener que asumir roles adultos impuestos frente a las responsabilidades de la crianza y manutención de los hijos e hijas.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores:

a) Estados sin políticas públicas o con políticas débiles relativas a Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
b) Falta de acceso a información oportuna y adecuada sobre sexualidad y reproducción
c) Ejercicio de sexualidad precoz, en condiciones de riesgo por no haberse contemplado los anteriores puntos, dando lugar a embarazos adolescentes

7 Alvarez, R. (1991). Salud Pública. Medicina Preventiva. México. Editorial Manual Moderno.

En éste marco, son las mujeres adolescentes – y más aún las mujeres indígenas – las que, por tener una condición de desventaja dentro de sus sociedades, sufren discriminación incluso dentro de sus centros educativos ante un embarazo adolescente.

Datos estadísticos

En Bolivia, aproximadamente 80.000 jóvenes entre 15 y 19 años son madres, de acuerdo a un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidass[8] y el 60 % de ese número manifestó no haber planificado su maternidad.

Uno de los factores por los que existen embarazos en adolescentes es el crecimiento de la población sexualmente activa que no se acompaña con el aumento de información y los servicios que permitan decidir sobre su cuerpo.

La edad en que las mujeres comienzan a tener hijos constituye un factor demográfico importante. Las mujeres tienen hijos antes de los 21 años, una de cada tres los tiene antes de los 20 años y el 18% de las adolescentes en toda Bolivia son madres antes de los 19 años.

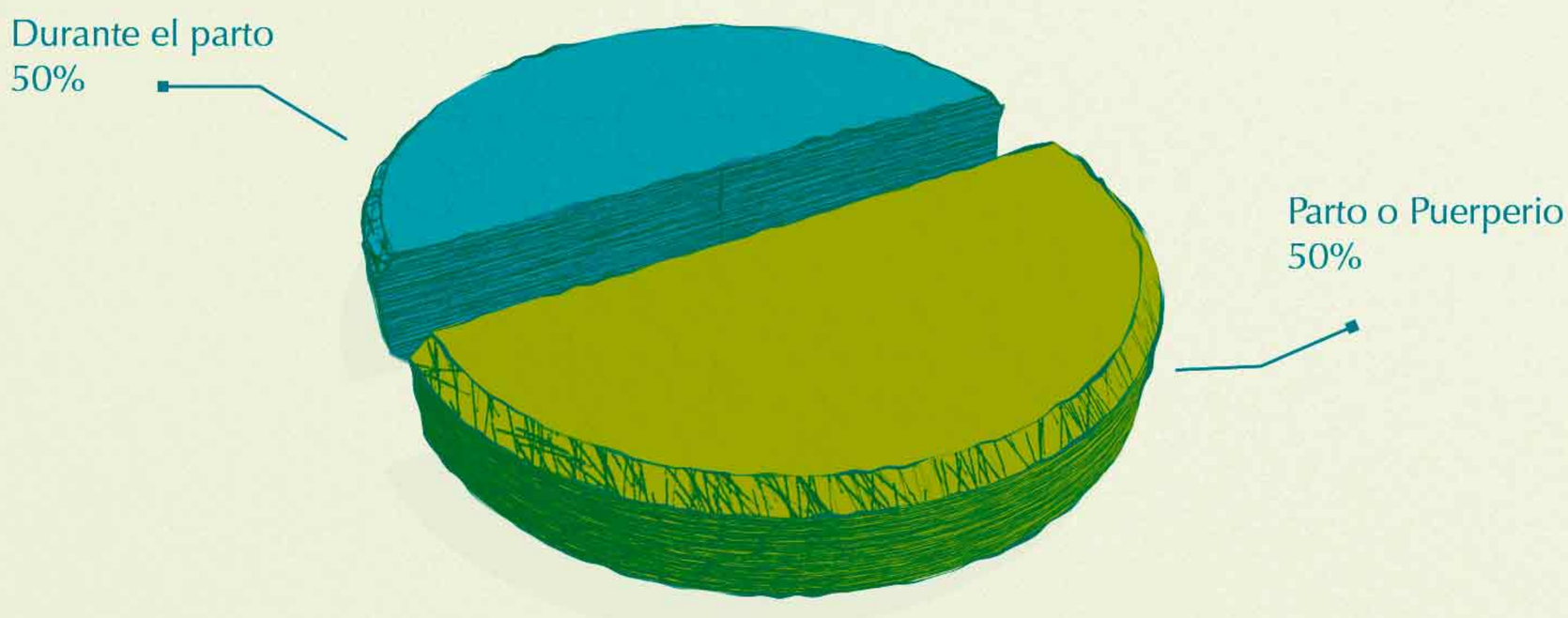
Edad en la que las mujeres empiezan a tener hijos

Mediante estudios se ha establecido que en el altiplano el embarazo precoz, abarca un 15% de los embarazos del grupo 15 a 19 años, debido a patrones culturales que implica la necesidad de demostrar fertilidad a partir de los 14 años; en los Llanos la fecundidad es un fenómeno que se atribuye a la falta de actividad y al abandono educativo, el 22.5% de las madres de este grupo ya son madres o están embarazadas.

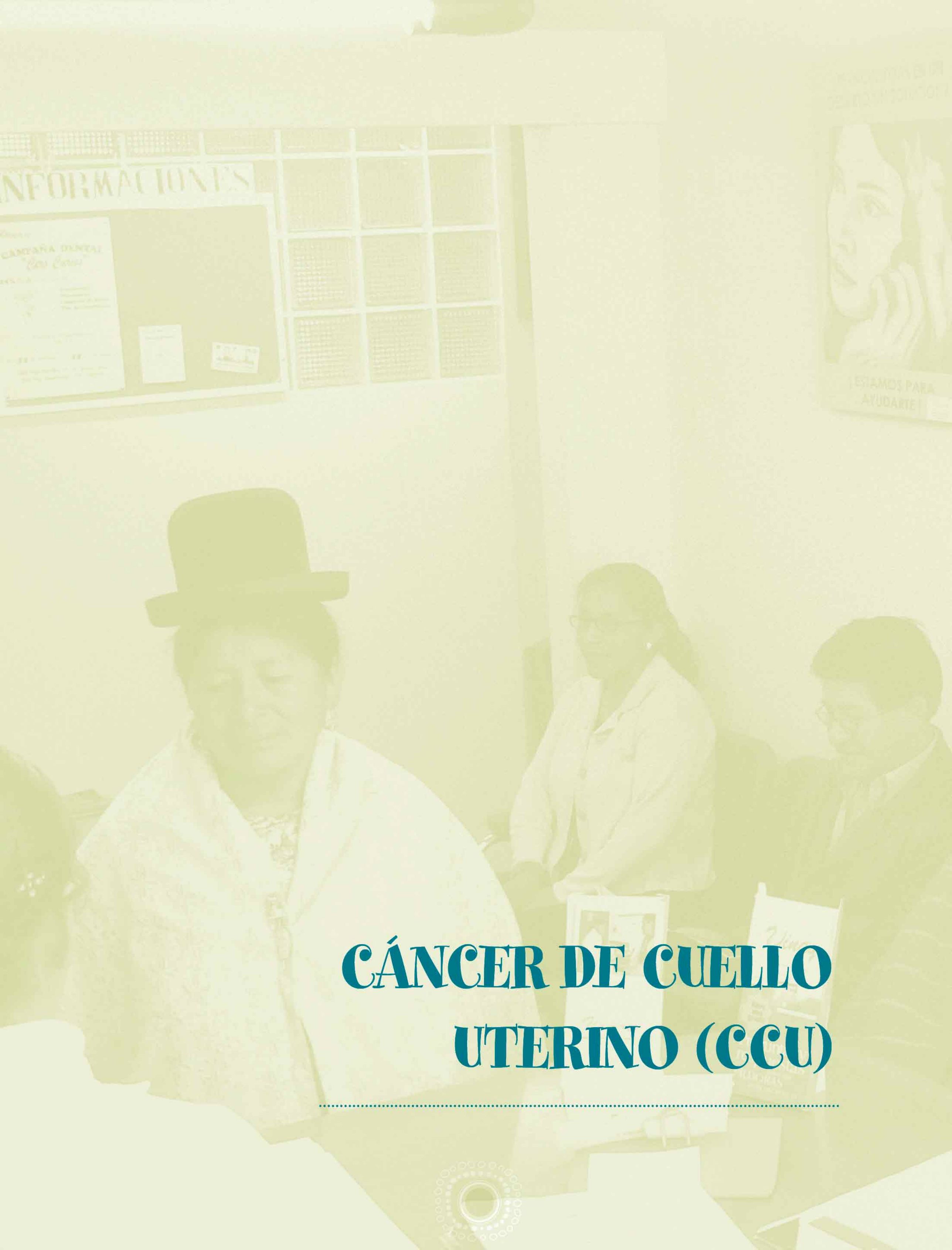
8 LA PRENSA. Entrevista al Dr. Oscar Viscarra – UNFPA. 21 de septiembre de 2008. Pag. 2b.

En Bolivia, de los 220.000 niños que nacen vivos cada año, el 10% son de madres adolescentes. Los hijos de madres adolescentes, y más aún si éstas son solteras, tienen 10 veces más probabilidades de morir en el primer año de vida.

De acuerdo a la información recogida, el 42% de las madres adolescentes entre 15 a 19 años manifiestan su deseo de no tener más hijos. Se encontró, además, que la mitad de las muertes maternas en este rango de edad, se producen durante el embarazo y el otro 50% durante el parto o puerperio.



Un importante indicador es que el 47% de las muertes maternas registradas en ese grupo de edad se deben a hemorragias, situación que puede relacionarse con el aborto. La cantidad total de abortos adolescentes es muy difícil de precisar debido a su ilegalidad y clandestinidad. El embarazo precoz es generalmente no deseado, situación que arriesga más la salud de las adolescentes tanto física como psicológicamente.



CÁNCER DE CUELLO UTERINO (CCU)

CÁNCER DE CUELLO UTERINO (CCU)

Conceptualización

Conocido también como cáncer cervical o cáncer de cérvix.

El cáncer ocurre cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. Las células normales se dividen y crecen de manera ordenada, mientras que las células cancerosas no lo hacen. Éstas continúan creciendo y desplazando a las células normales. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos tienen en común el crecimiento fuera de control de las células.[9]

Por otra parte, el cuello uterino es la parte más baja del útero, es el lugar en el que crece el bebé durante el embarazo. El cáncer de cuello uterino es causado por varios tipos de un virus llamado "virus del papiloma humano", el cual se contagia por el contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de éste virus, pero algunas veces, el virus produce el llamado cáncer.

Al inicio, el cáncer de cuello uterino no causa síntomas, pero más adelante los dolores en la pelvis o sangrado vaginal se pueden presentar e intensificar. Suele tomar varios años para que las células normales del cuello uterino se conviertan en células cancerosas.

CAUSAS

- Fumar en exceso
- Utilización de pastillas anticonceptivas por largos períodos
- Partos múltiples
- Infección por el Virus del Papiloma Humano
- Malnutrición
- Inicio de actividad sexual a temprana edad
- Múltiples parejas
- Antecedentes familiares

En nuestro medio, el único recurso de prevención del cáncer de cuello uterino es el Papanicolau, una prueba que consiste en extraer una muestra de moco

9 American Cáncer Society

cervical, que contiene células del cuello de la matriz, dura 15 minutos, es gratuita en algunos centros de salud públicos y es indolora. Hacerse exámenes PAP periódicamente permite detectar y tratar las células cambiantes, antes de que se conviertan en un cáncer, lastimosamente son pocas las mujeres que han tomado conciencia de que realizarse esta prueba puede salvarle la vida.

Datos estadísticos

El índice de mortalidad debida a Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es elevado en Bolivia, ya que responde a 150 casos por cada 100 mil mujeres entre 35 y 64 años de edad, ubicando al país entre aquellos con más alta incidencia sobre éste problema.

Existe un total de 660 muertes de mujeres por año en Bolivia por CCU, que resulta en una tasa de mortalidad de 22 por 100.000 mujeres.

Según la coordinadora de Marie Stopes Bolivia[10], Cecilia Cossío, en los últimos años se ha detectado cáncer de cuello uterino en mujeres que tienen entre 26 y 33 años. Se ha encontrado también mujeres con lesiones pre-cancerosas de 21 años.

El 45 por ciento de las mujeres no tiene información sobre el cáncer del cuello uterino en nuestro país. Vale decir que ese porcentaje de mujeres desconoce que es una enfermedad mortal pero que puede ser detectada a tiempo a través del examen de Papanicolau.

10 MARIE STOPES BOLIVIA es una institución que trabaja en Bolivia atendiendo casos de salud sexual y reproductiva. Sus oficinas se encuentran en Santa Cruz, Cochabamba, Sucre y La Paz. Realizó una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación al CCU – 2005.

Al igual que las infecciones de transmisión sexual, el cáncer de cuello uterino afecta a la población femenina de todos los estratos sociales. Su progreso sin embargo suele depender de los hábitos de salud y sobre todo de la nutrición.

En Bolivia las mujeres de La Paz, El Alto, Potosí, Oruro y Sucre son las más afectadas por este cáncer, precisamente por sus hábitos alimenticios deficientes y mayor depresión económica.

ITS Y VIH/SIDA

ITS y VIH/SIDA

Conceptualización

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son muy frecuentes y tanto hombres como mujeres pueden llegar a contraerlas mediante prácticas sexuales inseguras, en las cuales muy pocas veces las mujeres deciden sobre su propio cuerpo y su sexualidad.[11]

VIH/SIDA

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida – SIDA - es una infección causada por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), que altera y destruye lentamente el sistema inmunológico produciendo una baja capacidad de defensa frente a gérmenes y enfermedades.

Cuando las personas con VIH contraen enfermedades serias, se dice que tienen SIDA; no todas las personas con VIH contraen SIDA. El SIDA es la última etapa de la infección por VIH. Las personas con SIDA pueden morirse de una infección o de cáncer, y necesitan tomar medicación para fortalecer su sistema inmunológico. El sistema inmunológico de estas personas está demasiado débil para combatir enfermedades y estos individuos contraen enfermedades que en realidad no afectan a otras personas.

Datos estadísticos

Recientemente, la OPS/OMS ha caracterizado la epidemia del VIH/SIDA en Bolivia como concentrada, que significa que la prevalencia ha superado el 5% en algunos grupos de la población. Se calcula que desde que se registró la primera notificación de VIH/sida en Bolivia (1984), hasta agosto del 2004, la cifra llegó a 1.575 casos. En fecha 28 de noviembre pasado, la Ministra de Salud señalaba que se conoce que en lo que va del año 2007 se reportaron 464 casos nuevos de VIH/Sida, cifra que supera en 130 a la reportada la pasada gestión 2006, lo que refleja el descuido en la atención a la salud sexual y reproductiva de la población.

Según algunos estudios – pese que Bolivia está considerada como un país de baja prevalencia del VIH/SIDA - está rezagada en estrategias de prevención, frente al incremento de casos.

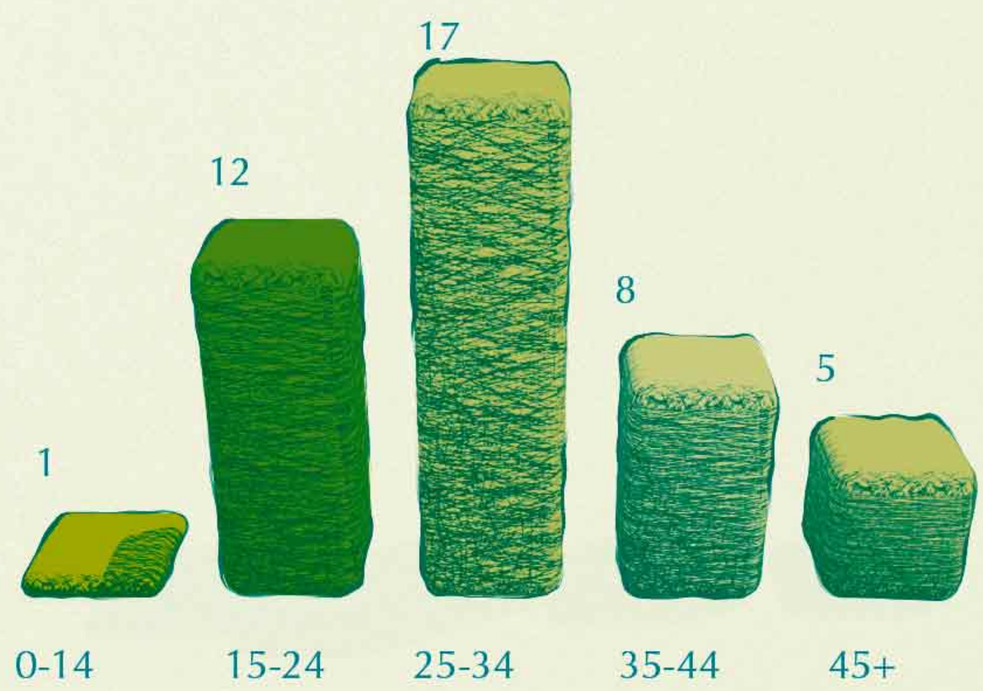
11 FLORA TRISTAN. Glosario de Derechos Humanos, Género, Políticas Públicas y Salud Sexual y Reproductiva. 2005. Lima – Perú.

No existen centros de atención especializados que garanticen la dotación de medicamentos para casos de VIH/SIDA y las políticas públicas desconocen las disposiciones que se dictan para protegerlas.

Entre las mujeres y hombres de 15 a 49 años, más de dos tercios conocen al menos un lugar donde pueden conseguir condones, además el 44% de las mujeres indican que pueden conseguirlos, es decir acceden a ellos.

Los niveles más bajos de conocimiento de los lugares de oferta de condones, se dan en las poblaciones más pobres y las menos educadas, grupos donde deberá trabajarse con mayor profundidad en la información de la oferta.

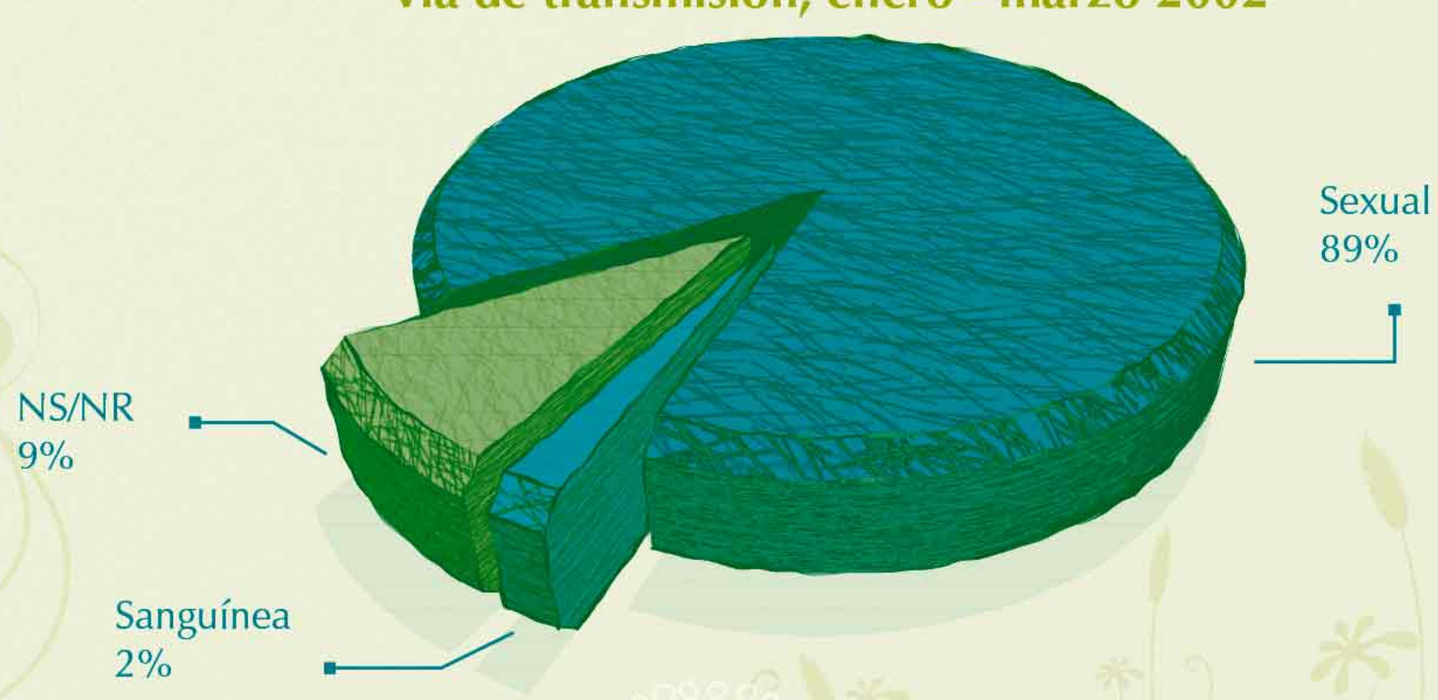
Número de personas registradas, VIH y SIDA, según grupo de edad, enero - marzo 2002



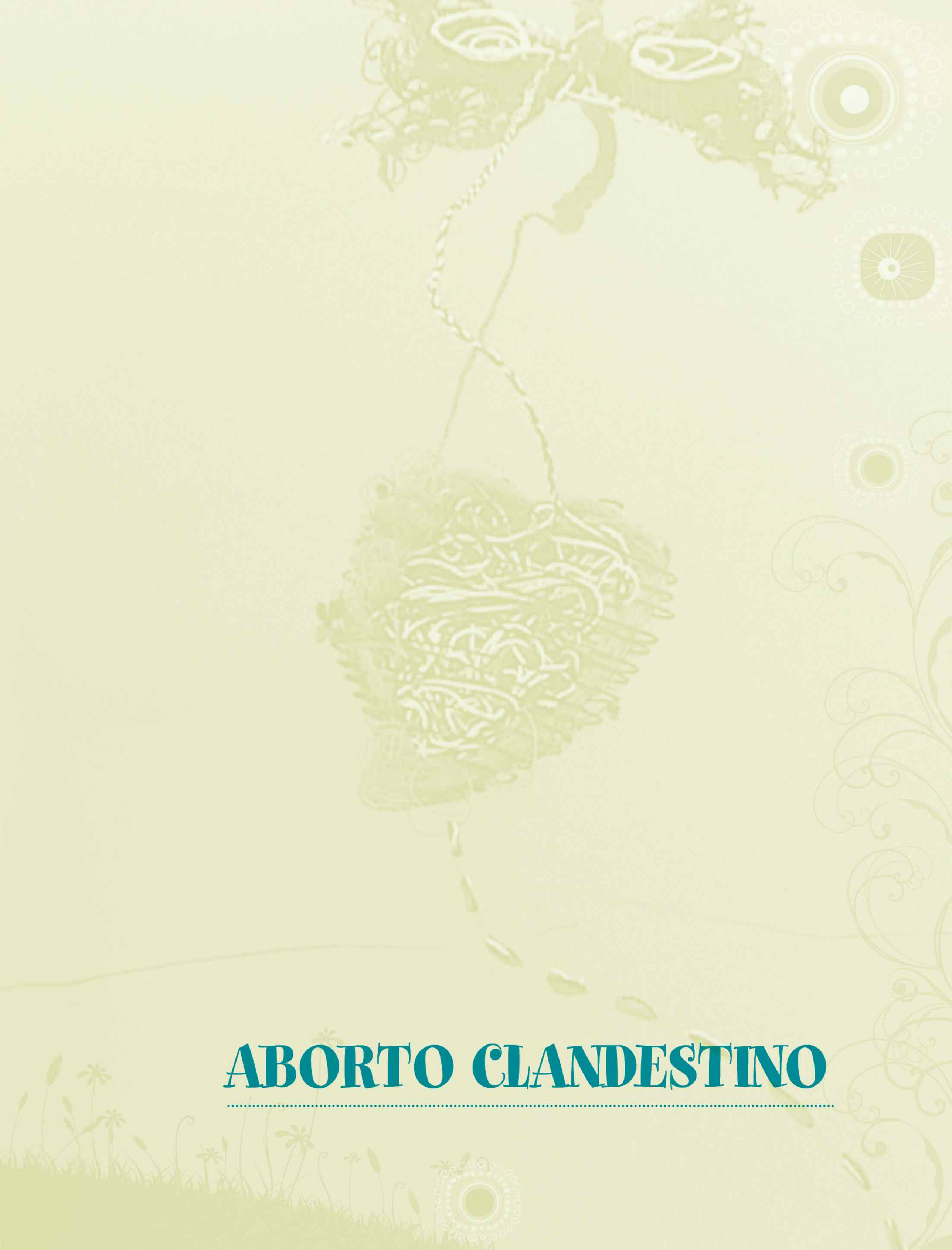
El 89% de las personas registradas indicó como probable vía de transmisión, la vía sexual; el 2% esta la vía sanguínea y el 9% de las 43 personas registradas no sabía o no respondía cual era la vía probable de transmisión del VIH.

FUENTE: OPS - OMS

Personas registradas, VIH y SIDA, según probable vía de transmisión, enero - marzo 2002



Es importante destacar que un gran porcentaje de personas registradas con VIH SIDA son heterosexuales, por lo que es errado considerar que son los homosexuales los que tienen una población mayor de personas portadoras del virus.



ABORTO CLANDESTINO

ABORTO CLANDESTINO

Conceptualización

Para entender el aborto hay que situarse en el lugar de una mujer que no deseaba embarazarse, por diversos motivos dentro de los cuales puede ser que sea una adolescente o joven que no conocía los métodos anticonceptivos o su uso correcto; una mujer que haya sido violada; una mujer que sí deseaba tener hijos, pero no en ese momento en el que se da su embarazo; una mujer que tenga ya muchos hijos y que por desconocimiento o temor no planificó el número de hijos e hijas que quería tener; una mujer que deseaba embarazarse pero que luego de algún tiempo se encuentra ante un embarazo que pone en riesgo su vida, entre otros.

Frente a estas realidades, hay mujeres que sí hacen que ese embarazo no deseado al inicio, se constituya en un embarazo deseado en el tiempo, pero hay otras que recurren a interrumpirlo, como producto de una decisión muy personal.

En este punto, analizamos los embarazos interrumpidos en condiciones de alto riesgo, haciendo notar que los "abortos clandestinos" son aquellos que demuestran la marcada diferencia económico – social a la que están expuestas las mujeres de escasos recursos económicos y que profundizan las causas de injusticia social en nuestro país.

Dicho de otra forma, las mujeres de pocos recursos económicos, cuando desean interrumpir su embarazo por cualquiera de las causas mencionadas anteriormente, recurren a consultorios de bajo costo, que no son higiénicos, donde son atendidas por personal sin ninguna preparación para darles un servicio de aborto seguro para que no tengan riesgos posteriores, lo que en ocasiones les cuesta hasta la vida.

Los abortos clandestinos además de ser un problema de justicia social es un problema de Derechos Humanos, pues de esta forma el principio de igualdad y no discriminación no se toma en cuenta para atender a las mujeres bolivianas, ya que el aborto clandestino – llamado también aborto inseguro – se vincula estrechamente con la mortalidad materna, debido a las condiciones de clandestinidad.

A pesar del peligro que representa para la vida y salud de las mujeres, sigue siendo un recurso utilizado por miles de mujeres en todo el mundo, siendo Bolivia uno de los países que más casos de abortos clandestinos presenta por año.

Datos estadísticos

Debido a que hablamos de abortos clandestinos, resulta muy difícil estimar un número confiable. Sin embargo, en Bolivia se estima que existen entre 50.000 y 60.000 abortos por año, de los cuales entre el 10% y el 50% necesita atención médica para el tratamiento de complicaciones. Las más frecuentes son: abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intra-abdominales, al igual que complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas que producen esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico, que afectan principalmente a las mujeres pobres[12]

12 FAUNDES ANIBAL. "Aspectos médicos del aborto inducido". Ponencia presentada en el Encuentro de Parlamentarios de América latina y el Caribe sobre el aborto inducido. Bogotá – Colombia.

Católicas
por el Derecho
a Decidir

www.observadsdr.org.bo

LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS